

**ANA BÁRBARA VEIGA ANTUNES**

**ESTILOS DE VIDA, STRESSE, ANSIEDADE,  
DEPRESSÃO E ADAPTAÇÃO ACADÉMICA EM  
ALUNOS UNIVERSITÁRIOS DE 1ºANO**

**Orientadora: Joana Brites Rosa**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**2ºCiclo em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Lisboa**

**2015**

**ANA BÁRBARA VEIGA ANTUNES**

**ESTILOS DE VIDA, STRESSE, ANSIEDADE,  
DEPRESSÃO E ADAPTAÇÃO ACADÉMICA EM  
ALUNOS UNIVERSITÁRIOS DE 1ºANO**

Dissertação de Mestrado defendida em provas públicas, para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 22/06/2016, perante o júri nomeado pelo Despacho de Nomeação nº189/2016, de 12/04/2016, com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Bárbara Gonzalez  
Arguente: Professora Doutora Cristina Camilo  
Orientadora: Professora Doutora Joana Brites Rosa

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida  
2ºCiclo em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Lisboa**

**2015**

*Aqueles que se sentem satisfeitos sentam-se e  
nada fazem. Os insatisfeitos são os únicos  
benfeitores do mundo.*

*(Walter S. Landor)*

*O conhecimento nos faz responsáveis.*

*(Che Guevara)*

*Aos meus pais*

## **Agradecimentos**

Quero começar a agradecer aos meus pais, Americo e Deolinda, pelo amor, pela educação que me deram, pela exigência, pelo suporte e motivação, por nunca me deixarem desistir e acreditarem sempre em mim e por me ajudarem a tornar os meus sonhos possíveis.

À Professora Joana Rosa, que foi um apoio fundamental, pela orientação, transmissão de conhecimentos, disponibilidade, dedicação e motivação, fazendo-me acreditar em mim própria tornando este trabalho possível.

Ao meu irmão Pedro, pelo apoio que me deu, através de conversas que me motivaram a seguir os meus objetivos, pela amizade e carinho.

Ao meu namorado José Pedro, o amor, a paciência, a compreensão e a motivação quando me encontrava em dias mais complicados.

A todos os colegas de universidade, pela amizade, companheirismo e partilhas ao longo do meu percurso académico.

A todos os meus professores que me acompanharam no meu percurso académico, sem eles este trabalho não seria possível.

Por fim, gostaria de agradecer a todos os participantes deste estudo, pela disponibilidade, sem eles este trabalho não seria possível.

Muito Obrigado

## Resumo

Neste estudo, procurou-se estudar o impacto das variáveis estilo de vida, stresse, ansiedade, depressão e adaptação académica, nos estudantes universitários de 1ºano. Foi utilizada uma amostra de 429 alunos do ensino superior de 1ºano, constituída por 317 alunos do sexo feminino (73,9%) e 112 do sexo masculino (26,1%). As idades dos participantes variaram entre os 17 e os 56 anos ( $M=20,33$ ;  $DP=4,34$ ). Ao nível mudança de residência 221 alunos (51,5%) não eram deslocados, mas 208 alunos (48,5%) eram deslocados. As medidas utilizadas foram o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse e o Questionário de Vivências Académicas. As principais conclusões são que as mulheres apresentam um estilo de vida mais saudável e mais níveis de stresse que os homens; os alunos não deslocados apresentam mais comportamentos preventivos de doenças do que os alunos deslocados; os alunos deslocados são mais depressivos e ansiosos dos que os não deslocados; os alunos não deslocados têm uma melhor adaptação na dimensão estudo do que os alunos deslocados; as áreas da saúde apresentam estilo mais saudável do que as restantes; e os níveis de stresse, ansiedade e depressão estão associados e um estilo de vida menos saudável.

**Palavras-chave:** estilo de vida, stresse, ansiedade, depressão e adaptação académica.

## **Abstract**

In this study, we sought to study the impact of variable lifestyle, stress, anxiety, depression, and academic adjustment in college students of 1st year. It was used a sample of 429 students of higher education 1st year, consisting of 317 female students (73.9%) and 112 men (26.1%). The ages of the participants ranged from 17 to 56 years ( $M = 20.33$ ,  $SD = 4.34$ ). At the level change of residence, 221 students (51.5%) was not displaced, but 208 students (48.5%) were displaced. The outcome measures were Attitudes Questionnaire and Health Behavior, Anxiety Scale, Depression and Stress and Academic Experiences Questionnaire. The main conclusions are that women have a healthier lifestyle and more levels of stress which men; non-displaced students have more behaviors that facilitate disease prevention, rather than the displaced students; the displaced students are more depressive and anxiety than those not displaced; non-displaced students have a better adaptation in the study dimension of the displaced students; the health areas have healthier style than the other; and levels of stress, anxiety and depression are associated and a less healthy lifestyle.

**Key-words:** lifestyle, stress, anxiety, depression, and academic adjustment

## **Siglas e Abreviaturas**

**DGE** – Direção Geral do Ensino Superior

**EADS** – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**QACS** – Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

**QVA-r** – Questionário de Vivências Académicas

**SGA** – Síndrome Geral de Adaptação

**WHO** – World Health Organization



## Índice

Agradecimentos.....	3
Resumo.....	4
Abstract.....	5
Siglas e Abreviaturas.....	6
Introdução.....	10
Capítulo 1 – Estilo de Vida.....	13
1.1. Conceito de Saúde.....	14
1.2. Comportamentos de Saúde.....	17
1.3. Promoção de Saúde.....	18
1.4. Estilo de Vida.....	19
1.5. Estilo de Vida VS Qualidade de Vida.....	21
1.6. Padrões de Comportamentos do Estilo de Vida.....	21
1.7. Estilo de Vida em Estudantes Universitários.....	23
Capítulo 2 – Stresse, Ansiedade e Depressão.....	26
2.1. Stresse.....	27
2.1.1. O Stresse nos Estudantes Universitários.....	29
2.2. Ansiedade.....	31
2.2.1. A Ansiedade nos Estudantes Universitários.....	34
2.3. Depressão.....	36
2.3.1. A Depressão nos Estudantes Universitários.....	38
2.4. Modelo Tripartido para a Depressão, Ansiedade e Stresse.....	39
Capítulo 3 – Adaptação ao Ensino Superior.....	41
3.1. Transição e Processo de Adaptação.....	42
Capítulo 4 – Estilo de Vida, Stresse, Ansiedade e Depressão e Adaptação Académica.....	46
4.1. Estilo de Vida e Stresse, Ansiedade e Depressão.....	47
4.2. Estilo de Vida e Adaptação Académica.....	49
Capítulo 5 – Método.....	50
5.1. Objetivos e hipóteses.....	51
5.2. Amostra.....	51
5.3. Descrição das medidas.....	53
5.3.1. Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS).....	53

5.3.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS).....	54
5.3.3. Questionário de Vivências Académicas (QVA-r).....	54
5.4. Procedimento.....	55
5.5. Formas de Investigação.....	55
Capítulo 6 – Resultados e Discussão.....	56
6.1. Resultados.....	57
6.1.1. Comparação do Estilo de Vida entre Géneros.....	57
6.1.2. Comparação do Stresse, Ansiedade e Depressão entre Géneros.....	57
6.1.3. Comparação da Adaptação Académica entre Géneros.....	58
6.1.4. Comparação dos Estilo de Vida entre alunos deslocados e não deslocados.....	59
6.1.5. Comparação do Stresse, Ansiedade e Depressão entre alunos deslocados e não deslocados.....	60
6.1.6. Comparação da Adaptação Académica entre alunos deslocados e não deslocados.....	60
6.1.7. Comparação do Estilo de Vida entre Áreas de Estudo.....	61
6.1.8. Relação entre o Estilo de Vida e o Stresse, Ansiedade e Depressão.....	63
6.1.9. Relação entre o Estilo de Vida e a Adaptação Académica.....	64
6.2. Discussão.....	65
Conclusão.....	73
Referências.....	75
ANEXOS.....	94
Anexo I – Questionário de Dados Sociodemográficos.....	i
Anexo II - Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde.....	ii
Anexo III - Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse.....	v
Anexo IV - Questionário de Vivências Académicas.....	vii

## **Índice de Tabelas**

<b>Tabela 1.</b> Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	53
<b>Tabela 2.</b> Comparação do Estilo de Vida entre Género.....	58
<b>Tabela 3.</b> Comparação do Stresse, Ansiedade e Depressão entre Géneros.....	59
<b>Tabela 4.</b> Comparação da Adaptação Académica entre Géneros.....	59
<b>Tabela 5.</b> Comparação dos Estilo de Vida entre alunos deslocados e não deslocados.....	60
<b>Tabela 6.</b> Comparação do Stresse, Ansiedade e Depressão entre alunos deslocados e não deslocados.....	61
<b>Tabela 7.</b> Comparação da Adaptação Académica entre alunos deslocados e não deslocados.....	62
<b>Tabela 8.</b> Comparação do Estilo de Vida entre Áreas de Estudo.....	63
<b>Tabela 9.</b> Relação entre o Estilo de Vida e o Stresse, Ansiedade e Depressão.....	64
<b>Tabela 10.</b> Relação entre o Estilo de Vida e a Adaptação Académica.....	65

## **Introdução**

O desejo de ter um estilo de vida saudável, de forma a ter uma boa qualidade de vida é tão antigo quanto a humanidade (Zhan, 1992). Hoje em dia é evidente o impacto que os hábitos pessoais e o estilo de vida têm na saúde das pessoas. Apesar das evidências que mostram que a genética, o ambiente e a assistência médica têm um papel importante na saúde, também o modo como se vive representa um fator diferencial para a saúde e qualidade de vida do mundo atual (Nahas, Barros & Francalacci, 2000), sendo o estilo de vida uma variável bastante importante de se estudar.

Segundo Nahas e Márquese (2001), o estilo de vida pode ser definido como as ações do dia-a-dia que exibem os valores, as atitudes, bem como as oportunidades nas nossas vidas. Desta forma, a vida saudável é influenciada por fatores culturais, sociais, religiosos, socioeconómicos, ambientais e educacionais.

Os estilos de vida pouco saudáveis como hábitos sedentários, dietas pouco equilibradas, consumo de álcool e tabaco, bem como a má gestão do stresse são fatores de risco para as doenças crónicas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estas representam 86% das mortes e 77% do total de doenças na região europeia (World Health Organization, 2004b; World Health Organization, 2011), tendo como causa fatores relacionados com o estilo de vida (Direção Geral de Saúde, 2003).

Como tal, como já foi referido o estilo de vida representa um determinante de saúde da população e apesar da informação disponível as pesquisas revelam que os estudantes universitários têm cada vez mais comportamentos de risco e possuem estilos de vida bastante diferentes do que se considera ideal (Silva, Pereira, Almeida, Silva & Oliveira, 2012; França & Colares, 2008).

A transição do ensino secundário para o ensino superior é considerada um processo bastante exigente. É um período de mudança em que estes jovens se iniciam na conquista de uma maior autonomia, no assumir de responsabilidades, por vezes, na saída de casa dos pais, levando a uma alteração nos seus estilos de vida. Existem várias modificações como as alterações nos padrões alimentares, o exercício físico, o consumo de álcool e tabaco, que combinadas com as alterações típicas dos adolescentes, como as alterações biológicas, a instabilidade psicossocial e a pouca preocupação de comportamentos preventivos, tornam os estudantes universitários um grupo vulnerável em termos de saúde (Grácio, 2009; Vieira, 2002).

Além disso, os estilos de vida adotados pelos estudantes, durante a fase universitária, podem influenciar as outras fases da vida, como na meia-idade e velhice (Nahas & Márquese, 2001). Segundo Silva, Quadros, Gordia e Petroski (2011), existem fatores do estilo de vida que podem ser adotados no momento de adaptação ao ensino superior, altura em que se questiona os valores, crenças e atitudes passadas pela família. Sendo mais um motivo para tornar este grupo vulnerável à adoção de comportamento que tanto podem ser adequados como inadequados à saúde.

Devido a todas estas alterações no estilo de vida dos estudantes do 1ºano descritas anteriormente, a realidade desta transição parece assumir-se muitas vezes como difícil e stressante, gerando muitas vezes níveis exagerados de stresse e de ansiedade (Wintre & Sugar, 2000).

Assim o estudo do estilo de vida, do stresse, ansiedade e depressão e da adaptação académica torna-se bastante importante para se poder intervir junto das universidades de forma a que se modifique determinados comportamentos de risco. Esta intervenção é necessária uma vez que segundo a Direção Geral do Ensino Superior (DGES), entre 2010 e 2013, registou-se uma quebra considerável de 8142 colocações de estudantes do ensino superior (Direção Geral do Ensino Superior, 2014). Apesar do aparente aumento do número de estudantes universitários, a par da elevadíssima taxa de insucesso, existe uma progressiva diminuição de estudantes devido a fatores de natureza sociodemográfica (Albuquerque, 2008). Do mesmo modo, Szulecka, Springett e de Pauw (cit in McKenzie & Schweitzer, 2001) referiram que níveis elevados de sintomas ansiosos e depressivos estavam associados a uma elevada taxa de desistência da universidade.

Este trabalho é composto por seis capítulos para uma melhor compreensão destes temas. No Capítulo 1 é abordada a temática do estilo de vida, iniciando-se com definições do conceito de saúde, comportamentos de saúde e promoção de saúde, para de seguida se entrar no tema propriamente dito, conceptualizando-se o conceito de estilo de vida, os padrões de comportamentos inerentes a este conceito e a realidade dos estilos de vida nos estudantes universitários. No Capítulo 2 dá-se entrada aos temas de stresse, ansiedade e depressão, definindo cada um destes conceitos, bem como os seus modelos explicativos e estudos adaptados à população universitária. No Capítulo 3 faz-se uma descrição do processo de adaptação ao ensino superior, apresentando-se também estudos para uma melhor compreensão da realidade dos estudantes universitários. O Capítulo 4 está estruturado para que se possa compreender as relações entre o estilo de vida, o stresse, ansiedade e depressão e a adaptação

académica, apresentando-se estudos realizados na população de estudantes universitários. No Capítulo 5 faz-se referência ao método de investigação, estando descritos os objetivos e as hipóteses deste estudo, a amostra, a descrição das medidas utilizadas e o procedimento realizado. Por fim, no Capítulo 6 encontram-se os resultados, bem como a discussão dos resultados obtidos. Posteriormente encontram-se as conclusões retiradas da realização deste estudo.

Este trabalho foi elaborado segundo as Normas Para a Elaboração e Apresentação de Teses de Doutoramento, de Judite Primo e Diogo Mateus, da Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias. As referências utilizadas foram referenciadas segundo as normas da APA 6ª Edição.

## Capítulo 1 – Estilo de Vida

---

## 1.1. Conceito de Saúde

Ao longo do tempo o conceito de saúde tem sofrido grandes alterações, tendo evoluído ao longo de vários períodos do percurso histórico da humanidade (Ribeiro, 1993). Durante este tempo até a atualidade existiram vários significados e diversas perspetivas sobre os processos de saúde e de doença (Albuquerque & Oliveira, 2002; Moacyr, 2007)

Segundo a conceção mágico-religiosa, a doença resultava de forças alheias ao organismo, que se introduziam como consequência do pecado ou da maldição, sendo vista como uma desobediência ao mandamento divino. Noutras culturas, como os índios Sarrumá não existia morte natural, a morte resultava sempre de maldições. Esta maneira de encarar a doença começa a mudar com a medicina grega. Apesar das várias divindades estarem ligadas à saúde e dos gregos cultuarem diversas divindades, a cura resultava de plantas e métodos naturais e não por rituais (Moacyr, 2007).

Segundo Ribeiro (1993), existiram quatro grandes períodos que caracterizaram a evolução dos conceitos de saúde e doença: o primeiro, um período pré-cartesiano, até ao século XVII; o segundo, um período científico ou de desenvolvimento biomédico; o terceiro, a primeira revolução da saúde, que começou no século XIX; e por fim, o quarto que corresponde à segunda revolução da saúde, iniciada na década de 70.

A visão religiosa, descrita anteriormente, antecipa a entrada do período pré-cartesiano que se deveu à tradição hipocrática que era um sistema de pensamento e práticas médicas na Grécia Antiga, libertando a medicina das influências mágico-religiosas (Ribeiro, 1993). Hipócrates começa então a introduzir uma visão racional da medicina, e segundo ele as doenças não eram fruto de demónios ou deuses, as doenças resultavam de causas naturais que obedeciam a leis naturais. Desta forma, propôs terapêuticas com base racional, afastando assim o misticismo e endeusamento presente até então (Moacyr, 2007).

Mais tarde no século XVII, o desenvolvimento da mecânica veio influenciar as ideias de vários filósofos, como Galileu, Descartes, Newton, Bacon entre outros, adotando uma visão mecanicista e reducionista do Homem e da Natureza, concebendo a realidade do mundo como uma máquina constituída por peças, iniciando-se o desenvolvimento do modelo biomédico. Esta ideia foi generalizada aos seres vivos, estudando-se estes como partes constituintes (órgão) que se articulavam entre si. Estas partes eram estudadas individualmente e cada uma tinha uma função própria (Moacyr, 2007).



O modelo biomédico baseia-se neste sistema de pensamento em que a doença é vista como uma avaria de um componente ou da relação entre componentes, seja ela temporária ou permanente (Albuquerque & Oliveira, 2002).

A revolução industrial no século XVIII veio trazer grandes mudanças ao nível da saúde, surgindo a primeira revolução da saúde. Esta trouxe grandes mudanças ao nível social, económico e na saúde, existindo um grande desequilíbrio ecológico, devido às mudanças sociais, às alterações de produção, à migração das pessoas do campo para as grandes cidades, às condições precárias de salubridade e habitabilidade, que facilitou a difusão de microrganismos causando grandes epidemias, como por exemplo, a tuberculose. Desta forma, foi necessário tomar medidas ao nível da saúde pública, desenvolvendo-se o modelo biomédico aplicado à saúde pública. Esta evolução do modelo biomédico só foi possível, após se reconhecer que as doenças infecciosas eram praticamente impossíveis de curar; que estas doenças infecciosas eram contraídas após o contacto com o agente patogénico que se encontrava no meio ambiente; que as doenças infecciosas só se transmitiam se o corpo hospedeiro fornecesse as condições ideais ao agente patogénico; e que para prevenir as doenças era necessário o controlo destes agentes patogénicos (Albuquerque & Oliveira, Saúde, 2002).

Para isso, construiu-se os sistemas de esgotos e de distribuição de água potável, houve gestão de migração, eliminação destes agentes através da clorificação das águas e a produção de vacinas. Além disso, a medicina também interveio utilizando os antibióticos para a destruição destes microrganismos (Albuquerque & Oliveira, 2002).

Os princípios da teoria do germe que se referiam apenas aos microrganismos generalizaram-se às toxinas, desregulação endócrina, deficiência nutricional, entre outros, existindo uma relação causal linear entre uma causa simples e uma doença (Noack, 1987). Esta formulação de causalidade linear permitiu grandes avanços, alterando a prática e a investigação médica em torno de quatro princípios: a ideia de que o sistema corporal funcionava como um todo foi posta de parte, passando-se a reduzir o sistema a partes, sendo estas vistas separadamente; o indivíduo deixou de ser o centro da atenção médica, passando a ser as características de cada doença o foco de atenção; passou a dar-se mais importância aos fatores materiais; e o enfoque no corpo não dava a atenção devida ao meio ambiente e às emoções (Alves, 2011).

Em 1948, surge a Organização Mundial de Saúde, reconhecendo o direito à saúde e à obrigação do estado na promoção e proteção da saúde. Segundo a OMS a “Saúde é o estado

do mais complexo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Apesar da necessidade de definir este conceito, esta definição tem sido alvo de muitas críticas ao nível técnico, político e de liberdade (Moacyr, 2007).

Na década de 70 ocorre uma mudança no modo de pensar a saúde, dando origem à Segunda Revolução da Saúde, expressão esta que foi utilizada por Richmond no seu relatório sobre a saúde dos americanos. Neste relatório Richmond propõe mudanças necessárias para dar resposta às novas exigências da saúde. Assim, pode-se dizer que o desenvolvimento do modelo biomédico se centrou na doença, que a primeira revolução na saúde se centrou na prevenção e que a segunda revolução da saúde se centra na saúde (Albuquerque & Oliveira, 2002).

Esta segunda revolução teve três características principais: passou a centrar-se na saúde em vez da doença; reconheceu que o comportamento humano era a principal causa de morbilidade e mortalidade; e sugeriu o regresso a uma perspetiva ecológica. Com o surgimento de uma epidemia comportamental houve necessidade de modificar as concepções. Desta forma, a teoria do germe deixou de fazer sentido, perdendo a sua aplicabilidade, uma vez que não existia a presença de agentes patogénicos. Neste caso, o germe seria os comportamentos sociais, os hábitos e a interação entre o comportamento e o meio ambiente e a cura seria a alteração dos comportamentos (Alves, 2011).

No relatório de Richmond (1979), constatou-se que nos Estados Unidos da América 50% da mortalidade se devia a comportamentos ou estilo de vida inadequada. Na década de 1970 surgem inúmeras críticas ao campo da saúde. Críticas estas que se baseavam na importância de alterar os estilos de vida da população, como a cessação tabágica, a melhoria da alimentação, o controlo do stresse, a prática de exercício físico regular, horas de sono apropriadas e cuidados de saúde, que iriam diminuir a taxa de mortalidade substancialmente.

Apesar de Ribeiro (1993), referir apenas estes quatro períodos marcantes na evolução da saúde, devido as todas as mudanças nestas últimas décadas (políticas, sociais, científicas, etc.), houve a necessidade de uma terceira revolução na saúde. Vários fatores contribuíram para esta revolução e Ramos (1988) destaca os seguintes: alterações demográficas, como o envelhecimento da população, a diversificação da família e as migrações; a revolução tecnológica, que tem como consequência a exigência de melhores especialistas e o aumento dos custos de assistência médica; e a aproximação dos serviços de saúde à comunidade.

Esta terceira revolução é a consequência direta da incapacidade da segunda revolução dar resposta aos problemas que surgiram. Surgem as crises nos sistemas de

cuidados de saúde, devido aos elevados custos e às dúvidas dos pacientes em relação à eficácia dos procedimentos médicos, que levam os doentes a contestar toda a autoridade médica. Além disso, a expectativa de vida aumentou exponencialmente, em Portugal segundo o Instituto Nacional de Estatística a expectativa de vida à nascença duplicou em 80 anos. Desta forma, o sistema de saúde é visto no ponto de vista do mundo gerontológico versus mundo pediátrico, o que remete para a necessidade de sistemas de saúde diferenciados, dado a diferença que estes dois tipos de doenças exigem (Alves, 2011).

## 1.2. Comportamentos de Saúde

Como já referido anteriormente, no contexto da segunda revolução da saúde houve um reconhecimento do comportamento humano como fator determinante no estado de saúde individual. Como tal, passou-se a admitir que certos comportamentos seriam responsáveis pelo aumento dos índices de mortalidade (Alves, 2011).

Assim, é importante perceber o que são os comportamentos relacionados com a saúde. Kasl e Cobb (1966) foram os primeiros a relacionar o comportamento com a saúde. Segundo eles, os comportamentos de saúde seriam qualquer atividade levada a cabo por uma pessoa, com o objetivo de prevenir a doença ou de a detetar num estado assintomático. Estes autores definiram três comportamentos relacionados com a saúde: um comportamento de saúde é um comportamento que tem como objetivo evitar o surgimento de uma doença; um comportamento de doença é um comportamento que resulta na busca de tratamento; e um comportamento de doente é considerado uma atividade que tem como objetivo ficar saudável. No entanto esta definição foi mais tarde criticada devido à exclusão das atividades adotadas por pessoas não saudáveis, onde se reconhece a existência da doença e não apenas a sua ausência e desta forma, se relacionam com a progressão das doenças e da melhoria do seu bem-estar (Conner & Norman, 1996).

Mais tarde, Matarazzo (1984) definiu os comportamentos de saúde em hábitos prejudiciais para a saúde, denominando-os de comportamentos patogénicos, que incluía o fumar, uma má alimentação, entre outros; e os comportamentos de proteção para a saúde, os comportamentos imunogénicos, que incluía por exemplo fazer um *check up*. Este autor acabou por distinguir os comportamentos que têm um efeito negativo para a saúde, dos que têm um efeito positivo (Odgen, 2004).

Num estudo conhecido por “Alameda Country Study”, Belloc e Breslow (1972) referiram a relação entre os comportamentos de saúde e o estado de saúde. Desta forma,

conseguiram identificar sete comportamentos de saúde: dormir sete a oito horas por dia; tomar o pequeno-almoço, quase todos os dias; comer entre as refeições; manter o peso ideal para a altura sem grandes oscilações; não fumar; consumo moderado ou nulo de álcool; e praticar exercício físico com regularidade (Dias et al., 2001).

Este conjunto de comportamentos tendem a relacionar-se com o estilo de vida individual, sendo o estilo de vida saudável um fator preponderante para a manutenção da saúde bem como da melhoria da qualidade de vida (Geada, Justo, Santos, Steptoe & Wardle, 1994). O aumento de hábitos sedentários, uma má alimentação, o consumo de álcool e tabaco e os elevados níveis de stresse são comportamentos considerados de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas. Segundo a OMS, estas representam cerca 86% das mortes e 77% do total de doenças na Europa (WHO, 2004a; WHO, 2011), tendo como etiologia, fatores relacionados com o estilo de vida (DGS, 2003). Com a entrada na universidade, iniciam-se ou consolidam-se muitas vezes comportamentos pouco saudáveis, como o tabagismo ou o consumo de álcool (Grácio, 2009). Assim, a instabilidade psicossocial e a falta de comportamento preventivo, associado às alterações dos hábitos alimentares, ausência de prática de exercício físico, no consumo de álcool, entre outros, tornam estes jovens vulneráveis (Joia, 2010).

### **1.3. Promoção da Saúde**

A promoção da saúde é considerada um conceito multidisciplinar, tendo sido desenvolvidas diferentes definições ao longo do tempo (Leavell & Clark, 1965; Sigerist, 1946; Terris, 1992).

Sigerist (1946) foi um dos primeiros autores a utilizar a expressão “promoção da saúde”, definindo quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação do doente e a reabilitação.

Leavell e Clark (1965) ao desenvolverem o modelo de história natural de doença e os seus três níveis de prevenção, fizeram referência à promoção da saúde na prevenção primária, como medida para aumentar a saúde e o bem-estar geral. Consideraram que para a promoção da saúde seria necessário a boa nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, educação sexual, orientação pré-nupcial e parental, boas condições de moradia, trabalho e lazer, além de exames periódicos e educação para a saúde.

Segundo Terris (1992), o Informe Lalonde foi o marco inicial da promoção da saúde no Canadá. Segundo este documento a saúde seria determinada por um conjunto de fatores

separados em quatro categorias: a biologia humana, que envolve todos os factos que se manifestam como consequência da constituição orgânica do indivíduo, incluindo a herança genética e os seus processos de maturação; o ambiente, que inclui os fatores externos ao organismo, tanto na dimensão física como social, sobre os quais o indivíduo pouco ou nenhum controlo tem; os estilos de vida, que se refere ao conjunto de decisões tomadas pelo indivíduo em relação à saúde, ao nível das suas atividades de lazer e alimentação, tendo portanto controlo sobre elas; e a organização da atenção à saúde, que inclui a disponibilidade, a quantidade e qualidade de recursos destinados aos cuidados com a saúde (Carvalho, 1996).

Em 1986, na 1ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde, foi publicada a Carta de Ottawa, que definiu a promoção de saúde como o processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar. Desta forma, ampliou o seu significado, sendo um conjunto de ações no sentido da prevenção das doenças e riscos individuais, para uma visão que tem em conta os aspetos sociais, económicos, políticos e culturais sobre as condições de vida e saúde (World Health Organization, 1986).

A Carta de Ottawa propôs cinco formas para a promoção de saúde: construção de ambientes favoráveis, de forma a facilitar as escolhas saudáveis, com o objetivo de promover a saúde através da criação de condições de vida e de trabalho que levem à saúde e bem-estar; construção de políticas saudáveis; reforçar a ação comunitária, permitindo a participação dos indivíduos e das comunidades nas tomadas de decisão de questões relacionadas com a saúde; desenvolvimento de competências pessoais, através da divulgação de informação sobre a saúde, nas escolas, nas universidades, locais de trabalho, entre outros; e a reorientação dos serviços de saúde, passando a focar-se na prevenção, com a formação de profissionais (WHO, 1986).

O conceito de promoção de saúde traz como princípios um conjunto de valores, como a vida, a solidariedade, a equidade e a cidadania, bem como várias estratégias com o objetivo de criar parcerias e cooperação, sendo estas essenciais para o êxito da promoção da qualidade de vida das populações (Buss & Ferreira, 1998).

## **1.4. Estilo de Vida**

O desejo de ter um estilo de vida saudável, de forma a ter uma boa qualidade de vida, é tão antigo quanto a humanidade (Zhan, 1992). Com a Segunda Revolução da Saúde começou a dar-se uma maior importância ao comportamento na saúde e à prevenção das

doenças. É através de estudos como o relatório de Lalonde (1974) que se começa a desenvolver o conceito de estilo de vida (Ribeiro, 2004). Segundo Lalonde (1974) o comportamento humano tem uma grande responsabilidade no desenvolvimento de doenças no mundo moderno. Desta forma, definiu este conceito como um conjunto de decisões individuais que afetam a vida do sujeito e sobre as quais tem algum controlo.

Também Hettler (1982) avançou com uma definição deste constructo, considerando-o como o processo ativo em que o indivíduo ao se tornar consciente realiza escolhas no sentido de uma melhor existência, ou como estratégia para aumentar as potencialidades do indivíduo no seu meio ambiente. No entanto a esta perspetiva de estilo de vida, um quanto individualista e centrada no comportamento do individuo dá lugar a uma outra mais complexa, que considera os estilos de vida como um conjunto de padrões comportamentais que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade, entre outros (Organização Mundial de Saúde, 1988).

Segundo a OMS (U. S. Department of Health and Human Services, 2000; World Health Organization, 2004a) o estilo de vida é o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados pelo processo de socialização. Estes hábitos incluem o consumo de substâncias como o álcool, tabaco, chá ou café; hábitos dietéticos e de exercício, que têm fortes implicações para a saúde. Desta forma, é um conceito que está em interação com as condições de vida, bem como com as escolhas individuais, que por si só são determinadas por fatores socioculturais e características pessoais (Kickbusch, 1986).

Segundo Nahas e Márquese (2001), o estilo de vida pode ser definido como as ações do dia-a-dia que exibem os valores, as atitudes, bem como as oportunidades nas nossas vidas. Desta forma, a vida saudável é influenciada por fatores culturais, sociais, religiosos, socioeconómicos, ambientais e educacionais.

Hoje em dia é evidente o impacto que os hábitos pessoais e o estilo de vida têm na saúde das pessoas. Apesar das evidências que mostram que a genética, o ambiente e a assistência médica têm um papel importante na saúde, também o modo como se vive representa um fator diferencial para a saúde e qualidade de vida do mundo atual (Nahas et al., 2000).

Os estilos de vida pouco saudáveis como hábitos sedentários, dietas pouco equilibradas, consumo de álcool e tabaco, bem como a má gestão do stresse são fatores de risco para as doenças crónicas. Segundo a OMS, estas representam 86% das mortes e 77% do

total de doenças na região europeia (WHO, 2004b; WHO, 2011), tendo como causa fatores relacionados com o estilo de vida (DGV, 2003).

Como tal, como já foi referido o estilo de vida representa um determinante de saúde da população e apesar da informação disponível as pesquisas revelam que os estudantes universitários têm cada vez mais comportamentos de risco e possuem estilos de vida bastante diferentes do que se considera ideal (Silva et al., 2012; França & Colares, 2008).

## **1.5. Estilo de Vida VS Qualidade de Vida**

É importante ter em conta que estilo de vida é diferente do conceito de qualidade de vida. O termo qualidade de vida envolve o bem estar físico, mental, psicológico e emocional, além dos relacionamentos sociais, saúde e situação económica. Este termo foi utilizado pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, quando explicou que os objetivos sociais não poderiam ser determinados através do balanço dos bancos, mas sim pela qualidade de vida que proporcionavam às pessoas (USDHHS, 2000; WHO, 2004a). É um conceito que se centra na avaliação subjetiva do indivíduo, no entanto não deixa de estar ligado ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente (Guyatt et al., 2007; Aldana et al., 2006).

Assim, diz respeito ao bem-estar total de indivíduo, incluindo diferentes dimensões como a função física, social e emocional, como também a própria percepção que o indivíduo tem acerca da sua satisfação com a vida. Hoje em dia, incluem-se também as dimensões cognitiva, neuropsicológica, sexual, produtividade pessoal, dor, sintomas e sono, ao que se considera que seja a qualidade de vida (Testa & Simonson, 1996).

Existem fortes evidências que alterações no estilo de vida afetam a qualidade de vida individual e da população (Blanchard, Courneya & Stein, 2008). Segundo um estudo de Anand, et al (2008) hábitos de estilo de vida mais saudáveis que levem a um peso adequado, ao aumento da atividade física e a uma dieta saudável estão associados favoravelmente à qualidade de vida de sobreviventes de diferentes cânceres, em que 90% a 95% do surgimento de cânceres está relacionado ao ambiente e estilo de vida.

## **1.6. Padrões de Comportamentos do Estilo de Vida**

O estilo de vida engloba diferentes tipos de padrões de comportamento, incluindo práticas saudáveis e não saudáveis que interagem entre si (Müller & Beroud, 1987, cit in

Carrasco, 2004). Indivíduos que adoptam comportamentos não saudáveis, que se mantêm ao longo do tempo, como por exemplo uma má alimentação, sedentarismo, consumo de tabaco ou álcool, não dormir o suficiente e ter comportamentos pouco seguros, têm uma maior probabilidade de desenvolver uma doença, quando comparados com os indivíduos que não incluem este tipo de comportamentos no seu estilo de vida (Organização das Nações Unidas cit in Soto et al., 2009)

O exercício físico diz respeito a qualquer movimento corporal ou atividade em que existe um consumo energético superior ao gasto em repouso ou a realizar alguma atividade cognitiva que favoreça a saúde. A partir do momento em que se adota comportamentos ao nível da realização de exercício físico como parte do estilo de vida, está-se a contribuir para a prevenção e para a diminuição do risco de desenvolvimento de doenças crónicas. Além de que têm também efeitos positivos ao nível da regulação emocional, diminuindo a ansiedade, a tensão e a depressão, promovendo um aumento na sensação de bem-estar (Soto et al., 2009; Ansari et al., 2011).

A nutrição está relacionada com aspetos em que existe cuidado na seleção e ingestão de alimentos. A este tipo de padrão está associado o controlo da quantidade de alimentos ingeridos, havendo a preocupação com a manutenção do peso recomendado, bem como com a escolha de alimentos que contribuem para a melhoria da saúde individual, de forma a controlar ou a evitar a ingestão de alimentos com elevado teor em sal ou gorduras (Ribeiro, 2004; Soto et al., 2009). Assim, é possível a satisfação das necessidades do organismo, contribuindo para um melhor funcionamento deste e para a ampliação do nível de saúde, além de prevenir o surgimento de doenças (Soto et al., 2009).

O autocuidado engloba vários aspetos, mas refere-se aos comportamentos realizados para benefício da saúde. Dentro destes comportamentos incluem-se o cuidado com saúde com a realização de exames médicos, o cuidado em manter um padrão estável e conveniente de sono, de forma a recuperar a energia vital do organismo e ter cuidados ao nível da sexualidade, realizado práticas orientadas para dar e receber prazer envolvendo o próprio corpo e o dos outros, tendo em conta as precauções necessárias para que não existam riscos para a saúde (Ribeiro, 2004; Soto et al., 2009). Com a prática destes comportamentos é possível detetar precocemente doenças, facilitando a recuperação em vários casos, existindo uma maior responsabilidade pessoal (Soto et al., 2009).

A segurança motorizada está relacionada com a prática de comportamentos que permitem diminuir as probabilidades de lesões ou morte como consequência de acidentes de



viação (Ribeiro, 2004). Desta forma, a utilização de medidas como a utilização do cinto de segurança e o respeito e o cumprimento pelo código da estrada permitem a manutenção da saúde (Ribeiro, 2004).

A utilização de drogas ou similares está relacionada com a ingestão de substâncias que alteram o sistema nervoso central e os comportamentos. Estas alterações trazem diversos prejuízos à saúde, tanto ao nível da promoção de doenças, como ao nível de problemas académicos/profissionais, acidentes de trânsito, violência, gravidezes, suicídio e problemas de saúde mental (Alcalá, Azañas, Moreno & Gálvez, 2002; Londoño, García, Valencia & Vinaccia, 2005; Silva, Malbergier, Stempliuk & Andrade, 2006).

## **1.7. Estilo de Vida em Estudantes Universitários**

O estilo de vida normalmente é determinado durante a juventude e a idade jovem adulta, fase em que os estudantes universitários, de uma forma geral, se encontram e que é caracterizada por mudanças dramáticas (Madureira, Corseuil, Pelegrini & Petroski, 2009; Schmidt, 2012).

Os estudantes universitários encontram-se num novo e competitivo ambiente, em que a maioria se encontra pela primeira vez independente dos pais e a assumir novas responsabilidades. Consequentemente, adotam novos comportamentos de saúde, que se tornam rotinas fixas, podendo optar por comportamentos mais ou menos saudáveis que se estabelecem para o resto das suas vidas, definindo a saúde futura de cada um (Schmidt, 2012; Varela-Mato, Cancela, Ayan, Martín & Molina, 2012).

A entrada para a universidade reflete um novo mundo para estes estudantes, estando associada muitas vezes ao aumento do nível de stresse, que combinada com a independência dos pais poderá levar ao desenvolvimento de estilos de vida de risco, que se podem refletir no seu futuro (Ansari et al., 2011). Além disso, apesar dos dados disponíveis revelarem que os sujeitos que já apresentavam mais comportamentos de risco no ensino secundário sejam os que apresentam também mais comportamentos de risco no primeiro ano de universidade, existe um aumento em alguns comportamentos de risco, como o número de parceiros sexuais, e a frequência de consumo de álcool e marijuana (Fromme, Corbin & Kruse, 2008).

De facto, parece haver algo na universidade que facilita, de alguma forma, a experimentação de um modo que os outros contextos não fazem, parecendo que a universidade encoraja um período de experimentação. Segundo um estudo em que exploravam o significado

peçoal de experimentação, verificou-se que muitos alunos recorreram frequentemente à expressão “cultura da universidade”. Também se verificou que os alunos não deslocados, por manterem mais contacto com os pais, sentem-se obrigados a respeitar mais as crenças dos seus pais (Dworkin, 2005).

Assim, a crescente autonomia e o poder de decisão são fatores relevantes na compreensão dos estilos de vida dos estudantes universitários (Dinger & Waigandt, 1997). Os estudantes ao terem consciência da sua liberdade e da ausência de responsabilidade, justificam a adesão aos comportamentos de risco, com o facto de que mais tarde não terão oportunidade de realizar certas ações (Ravert, 2009).

Existem dados que mostram que o uso de substâncias pode facilitar a relação entre pares, promovendo a aceitação e o envolvimento (Maggs & Hurrelmann, 1998). No entanto dados revelam que o suporte familiar, as influências positivas dos pares, elevadas expectativas do pai e uso construtivo do tempo, o envolvimento no meio académico, as competências sociais, os valores positivos e elevada auto-estima, podem ter um papel protetor em relação aos riscos (Search Institute, 2007, cit in Santos, 2011).

Os estudantes universitários apresentam de uma forma geral um estilo de vida saudável. Num estudo realizado por Soto, et al (2009), a uma amostra de 587 estudantes universitários, com o objetivo de descrever os principais comportamentos dos estudantes universitários em cada dimensão do estilo de vida, em nove das dez dimensões avaliadas (Exercício e atividade física, sedentarismo, autocuidado, alimentação, consumo de álcool, tabaco e drogas ilegais, sono, sexualidade, relações interpessoais, estratégias *coping* e estado emocional percebido) existe um maior número de práticas saudáveis, sendo a única exceção de práticas menos saudáveis, a dimensão de exercício e atividade física. Este mesmo estudo revelou que as mulheres apresentam um maior número de dimensões saudáveis do que os homens, excepto na dimensão de exercício e atividade física em que os homens apresentaram melhores práticas. Esta situação pode ser explicada por um lado pelas mulheres terem uma melhor capacidade de cuidar de si próprias e por outro pelas mulheres optarem por um estilo de vida mais sedentário que os homens. Um outro estudo evidenciou que as mulheres apresentam um estilo de vida mais saudável que os homens, em que estas apresentavam uma maior preocupação com o autocuidado e com o uso de drogas ou similares. No entanto os homens apresentaram um melhor estilo de vida ao nível do exercício físico, em relação às mulheres (Branco, 2010).

Num outro estudo realizado por Martins, Pacheco e Jesus (2008), com uma amostra de 180 alunos da Universidade do Algarve, evidenciou-se que a amostra apresentava um estilo de vida saudável e apenas 7,2% dos alunos apresentavam um estilo de vida inadequado.

No entanto, não indo de encontro aos estudos anteriores, um estudo realizado por Alcântara da Silva et al. (2015), evidencia que a maioria dos estudantes considera que o seu estilo de vida piorou depois de terem entrado na universidade (46,7% declaram ser “menos saudável” e 7% declaram ser “muito menos saudável”), sendo esta avaliação idêntica em homens e mulheres. Esta mesma avaliação por área de curso revelou que nas áreas de ciências exatas, naturais e engenharias, de artes e letras e de ciências da vida e da saúde, os estudantes sentem que o seu estilo de vida se tornou menos ou muito menos saudável (59,3%, 56,9% e 56,4%, respetivamente), sendo os da ciências sociais e humanas os que menos declaram que piorou (48,1%). Também segundo um estudo de Albuquerque e Matos (2003) percebeu-se que as áreas de formação da saúde apresentam estilos de vida mais saudáveis do que as demais, sendo estes resultados mais evidentes no primeiro ano de curso, tornando-se as diferenças menos significativas ao longo do curso. Estes autores consideraram que estas diferenças nas áreas de formação se devem ao facto das áreas da saúde receberem durante o período de formação científica, conhecimentos relativos à promoção de saúde e de estilos de vida saudáveis.

Apesar dos estudantes universitários apresentarem um estado de saúde relativamente bom (Fletcher, Bryden, Schneider, Dawson, & Vandermeer, 2007) e de uma forma geral não apresentarem comportamentos negativos no seu estilo de vida (Martins et al., 2008), é importante estudar os comportamentos que podem trazer consequências graves à saúde, de forma a que se consiga diminuir os (Adelmann, 2005). Apesar da importância desta área na saúde dos estudantes universitários, existe uma lacuna e as investigações sobre a saúde e comportamentos de saúde em populações universitárias são manifestamente escassas (Santos, 2011).

## Capítulo 2 – Stresse, Ansiedade e Depressão

---

## 2.1. Stresse

O stresse é tão antigo como a humanidade, no entanto devido às constantes adaptações que são exigidas às pessoas, tornou-se um tema bastante debatido. É necessário uma constante adaptação da mente e do corpo às situações que são impostas, desencadeando repercussões ao nível de domínio físico, cognitivo, emocional e comportamental (Fontana, 1991, cit in Mondardo & Pedon, 2005).

A palavra stresse vem do inglês *stress*. Este conceito foi inicialmente utilizado em Física para descrever o grau de deformidade sofrido por um material quando submetido a um esforço ou tensão (Masci, 1997, cit in Mondardo & Pedon, 2005). Só mais em tarde em 1936, é que o conceito foi utilizado na área da saúde por Hans Seyle, que definiu stresse como reações de natureza física, mental ou emocional desencadeadas por um stressor (Camelo & Angerami, 2004). Sendo o stresse desencadeado por ameaças pontuais, a evolução social está a torná-lo num problema crónico que torna debilitante o sistema imunológico (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha, & Cabral-Cardoso, 2007) e quem se recusa ou não consegue relaxar encontra-se mais vulnerável a este problema. Atualmente pode-se considerar que este condicionante está presente em quase todos os contextos laborais e em todos os níveis estruturais de uma empresa (Moraes, Kilimnik, & Ladeira, 1993).

Lipp e Tanganelli (2002) definiram stresse como reações formadas por alterações psicofisiológicas que ocorrem quando um sujeito tem de enfrentar situações que vão além da sua capacidade para as enfrentar. Estes autores dividiram os agentes stressores quanto à sua proveniência: fontes externas e internas. As fontes internas estão relacionadas com a forma como o sujeito reage à vida e como interpreta os acontecimentos (Lipp & Tanganelli, 2002), estando assim relacionadas com aspetos como o seu grau de perfeccionismo, a tendência para se culpabilizar, o medo do julgamentos dos outros e uma baixa autoestima (Vaz Serra, 2000). Por outro lado, os stressores externos estão relacionados com as exigências quotidianas, como dificuldades familiares, problemas sociais, morte, doença e problemas no trabalho (Lipp & Tanganelli, 2002), além de dificuldades financeiras, fase de recuperação após uma situação traumática e falta de tempo para atividades lúdicas (Marente, 2006).

De acordo com Vaz Serra (1999), todos estes fatores de stresse refletem-se em diferentes tipos de resposta no ser humano. Segundo Camelo e Angerami (2004), exemplos de reações físicas podem ser o aumento da sudorese, tensão muscular, taquicardia, hipertensão, aperto da mandíbula e ranger os dentes, hiperatividade, mãos e pés frios e náuseas. Quanto às reações psicológicas, que incluem as mentais e emocionais, são a ansiedade, tensão, angústia,

insónia, alienação, dificuldades interpessoais, dúvidas em relação ao próprio, preocupações excessivas, incapacidade de se concentrar em assuntos não relacionados com o stressor, dificuldades em relaxar, tédio, ira, depressão e hipersensibilidade emotiva.

Existem vários modelos que explicam o stresse, como modelos que consideram o stresse como resposta, o stresse como estímulo, o stresse como interação e o stresse como transação (Hespanhol, 2005).

Hans Syle (1956, cit in Camelo & Angerami, 2004) apresentou um modelo explicativo do stresse, que descreve a resposta induzida pelo stresse. Este modelo teve o nome de Síndrome Geral de Adaptação (SGA), que inclui o conjunto de reações gerais do organismo, englobando as reações de defesa e de adaptação frente à exposição prolongada ao stressor. Assim, o autor considera que este processo se divide em três fases distintas: alarme, resistência e exaustão.

Na primeira fase, chamada de alarme, iniciam-se as mudanças corporais no homem face a um agente indutor de stresse que o aflige, havendo o aumento da ativação simpática que prepara o organismo para a ação, ativando mecanismos de defesa levando a uma reação de agressão ou fuga. Esta fase é assinalada pelo aumento da frequência cardíaca e respiratória, da subida da tensão arterial e da vasoconstrição dos vasos da região esplâncnica e dos membros, com o objetivo do sangue poder ser canalizado para os músculos e coração, levando ao arrefecimento das extremidades. Esta fase possibilita o retorno à situação de equilíbrio após a experiência stressante (Camelo & Angerami, 2004).

Na segunda fase, a resistência, existe o esforço para repor o equilíbrio inicial, que se manifesta por fadiga, tensão, ansiedade e irritabilidade. Se o sujeito conseguir lidar com a situação indutora de stresse, dá-se uma diminuição dos sintomas em geral, caso contrário o sujeito passa para a fase seguinte (Camelo & Angerami, 2004).

Na terceira fase, a exaustão, em que há a exaustão, colapso ou morte que só acontece se a reação ao alarme for muito intensa e persistir durante muito tempo, esgotando mais rapidamente a energia necessária para a resistência. No entanto, é uma situação reversível, no caso das condições de stresse desaparecerem, caso contrário é provável que surjam lesões fisiológicas e psicológicas e que agravem rapidamente (Camelo & Angerami, 2004).

Lipp (2000) acrescentou uma fase ao modelo trifásico de Selye, a fase de quase exaustão, que se encontra entre a segunda e a terceira fase, resistência e exaustão respetivamente. Na fase de quase exaustão a resistência física e emocional é constantemente afetada, havendo consequentemente um desconforto e instabilidade emocional. Desta forma,

as defesas imunológicas encontram-se mais fragilizadas, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças físicas. Este stresse em excesso afeta a qualidade de vida dos sujeitos, ao nível social, afetivo, profissional, espiritual e na saúde, podendo haver repercussões na sociedade (Lipp, 2005).

Os modelos de stresse baseados em estímulos vieram contrariar o modelo anterior uma vez que a investigação revelou que a resposta a um estímulo não é sempre a mesma, sendo específica para cada um. Segundo esta abordagem, o stresse é considerado uma variável independente e uma força externa que se exerce no sujeito e que resulta numa reação que varia dependendo do nível de tolerância aos estímulos. Quando se excede o nível de tolerância existem danos temporários ou permanentes (Hespanhol, 2005).

Os modelos de stresse baseados na interação estudam a interação entre estímulos e respostas e também as variáveis moderadoras das relações entre os stressores e as respostas psicológicas, físicas ou comportamentais do indivíduo ao stressor (Hespanhol, 2005).

Os modelos de stresse baseados na transação estão relacionados com os mecanismos de avaliação cognitiva e de *coping* associados às situações de stresse. Um dos autores desta abordagem foi Lazarus que considerou que uma pessoa age e reage de acordo com as trocas com o ambiente, e propôs três tipos de avaliação cognitiva. A primeira é a avaliação primária em que um indivíduo estuda uma situação em relação ao choque que pode ter no seu bem-estar, preocupando-se com a noção de perigo, ameaça de perigo ou desafio. A segunda é a avaliação secundária em que o indivíduo analisa as estratégias que possui para lidar com o problema. A terceira é a reavaliação que é outro ciclo ativado por nova informação (Pina e Cunha et al., 2007).

### **2.1.1. O Stresse nos Estudantes Universitários**

A entrada na universidade pode colocar os jovens adultos em contacto com stressores específicos como medo, ansiedade, insegurança, aquisição de novas e maiores responsabilidades, questões de moradia, distanciamento da família e dificuldades no estabelecimento de relacionamento afetivo (Calais et al., 2007). Tal situação deve-se às mudanças em termos pessoais, sociais e académicos que ocorrem para a maioria dos estudantes (Diniz & Almeida, 2005)

Desta forma, o desenvolvimento do sentido de competência, a capacidade de lidar e integrar emoções, a autonomia, a identidade, o desenvolvimento de estratégias e hábitos mais autónomos de estudo, a integração num novo contexto social, o estabelecimento de relações

de proximidade e maior intimidade e interdependência com os pares são fundamentais (Almeida et al., 2003; Araújo, Almeida, & Paúl, 2003; Cabral & Matos, 2010; Nunes & Garcia, 2010).

Segundo Laurence, Williams e Eiland (2009) a maioria dos estudantes (cerca de um terço) convive com o stresse no seu dia-a-dia. Esta situação pode ser explicada pela elevada exigência pedida no Ensino Superior, nomeadamente os exames, os contactos com os professores diferenciados, novas normas de conhecimento científico e tecnológico, com uma nova organização curricular e a transição para um novo espaço de vida, que pode ser distante do espaço familiar (Veríssimo, Costa, Gonçalves, & Araújo, 2011). Amaral e Silva (2008) acrescentam como aspetos indutores de stresse a privação de sono e as atividades sociais. Estes autores ainda consideram que ao nível do impacto do stresse, este afeta principalmente o desempenho académico e a saúde dos estudantes.

Segundo um estudo realizado por Luz, Castro, Couto, Santos e Pereira (2009) os alunos do 1º ano apresentam níveis mais elevados de stresse quando comparados com alunos dos anos mais avançados, sendo esta situação justificada pelas mudanças inerentes ao início do período universitário e à sua adaptação. Os mesmos autores constataram que o stresse varia em termos de género, verificando-se que as raparigas apresentam níveis mais elevados de stresse do que os rapazes. No entanto, a literatura é contorversa em relação a estas diferenças entre géneros, pode-se justificar esta situação com o fato de as mulheres terem mais situações stressantes que os homens, uma vez que têm de gerir, muitas vezes, o estudo, o trabalho e os filhos (Calais, Andrade, & Lipp, 2003). Uma outra justificação é o facto das mulheres serem mais aptas a expressarem os seus sentimentos que os homens (Scott, 1992). Do ponto de vista mais biológico, considera-se que as flutuações cíclicas do estrogénio e progesterona aumentam as respostas ao stresse (Seeman, 1997).

Também num estudo realizado por Veríssimo et al. (2011), verificou-se que as mulheres parecem ser mais vulneráveis às manifestações de stresse do que os homens e que as mulheres evidenciam mais manifestações físicas e cognitivo-emocionais, enquanto os homens evidenciam um maior predomínio de manifestações comportamentais.

Além disso, Luz et al. (2009) ainda verificaram que os níveis de stresse são mais elevados em alunos deslocados da sua residência. Esta situação pode ser explicada pelo suporte social, uma vez que este pode facilitar a adaptação do sujeito (Diniz & Almeida, 2005) e funcionar como uma proteção contra o stresse e insucesso nesta fase (Bernardino, Pereira, & Gomes, 2005).



No entanto a família pode constituir uma fonte de stresse, segundo Dunkel-Schetter e Lobel (1990), apesar da família ter um papel fundamental para os estudantes, muitas vezes a família não se apercebe do quanto as suas expectativas projetadas no seu filho, pesam no estudante, originando uma fonte de stresse.

Os níveis de stresse desta população parece estarem a aumentar nos últimos anos, nomeadamente em Portugal (Luz et al., 2009).

## **2.2. Ansiedade**

A entrada da universidade está repleta de mudanças, sendo necessária adaptações para que os estudantes possam enfrentar os novos desafios. No entanto, frequentemente, estes novos desafios levam a situações que levam ao surgimento de depressão, stresse e ansiedade, sendo esta última a que mais se verifica na população académica (Shamsuddin et al., 2013).

O termo ansiedade deriva do latim “anxious” que representa agitação e angústia. No entanto, este termo deriva de uma outra palavra do latim “angere” que significa sufocar ou estrangular, daí ser frequente os sujeitos ansiosos relatarem sensações de sufoco (Beck, Emery, & Greenberg, 1985).

Segundo Holmes (1997), a ansiedade pode ser caracterizada por um sinal de alerta aquando a presença de um conflito interno, que tem como função alertar sobre um perigo iminente, dando, assim, ferramentas ao sujeito para que se possa defender da ameaça (Almondes & Araújo, 2003).

A ansiedade pode ser considerada como um estado emocional que tanto inclui componentes psicológicos como fisiológicos, que contribuem para o espectro normal da experiência humana. Por um lado, é considerada como uma reação natural e essencial para a autopreservação, permitindo a adaptação do organismo às situações de perigo. Por outro, se for excessiva pode trazer repercussões negativas para o sujeito, pois em vez de contribuir para o confronto da situação que causa ansiedade, limita ou impossibilita a sua capacidade de adaptação. Desta forma, a ansiedade não é uma coisa má, o problema é quando existe um desequilíbrio, tanto quando há em excesso, como quando há em pouca quantidade, levando ou a stresse improdutivo, ou a um organismo que não se consegue defender (Parreira, 2008).

Para Batista, Carvalho e Lory (2005) a ansiedade é um estado emocional aversivo, que nem sempre é claro o que o desencadeia e que por isso não pode ser evitado. No entanto,

segundo estes autores a fenomenologia da ansiedade não é estática e por isso, é possível que varie ao longo do tempo ou de acordo com as situações que a desencadeiam.

Os sintomas da ansiedade podem incluir medo, terror, pânico, alarme, entre outras, podendo provocar sensação de morte, devido à crença irreal que a pessoa possui perigo iminente. Mesmo no caso em que se possa verificar algum tipo de risco, a sensação de desconforto psicológico e físico manifestado pelo indivíduo é claramente superior ao perigo real (Andrade & Gorenstein, 1998; Sarmiento, Ferreira, Medeiros & Cintra, 2010).

Assim, a ansiedade pode ser caracterizada por uma sensação desagradável, uma inquietação interna, uma preocupação exagerada com o futuro, sempre acompanhada de sensações corporais como as tonturas, a sensação de vazio no estômago, a secura na boca, aperto no peito, aceleração dos batimentos cardíacos, suores, calafrios, tremores, formigueiros, câibras, urgência em urinar e cólicas abdominais (Andrade & Gorenstein, 1998; Sarmiento et al, 2010). Muitas vezes é no medo que se encontra o desencadeador e dessa forma, é o medo que provoca uma reação a um perigo específico que é observável (Batista et al., 2005).

É importante ter em conta que uma mesma situação pode ser percebida por algumas pessoas como ameaçadora e, por outras, como não ameaçadora. A avaliação pessoal da situação e a experiência passada da pessoa determinam se é ou não uma situação de ameaça (Gaudry & Spielberger, 1971).

Sendo a ansiedade um fenómeno natural, será a sua intensidade a diferenciar entre o normal e o patológico (Bauer, 2002). Spielberg (1985) propôs o termo “Estado de ansiedade”, bem como a sua divisão entre dois tipos básicos de ansiedade, definidos como estado e traço. Quando a ansiedade é uma reação habitual e consistente ao longo do tempo designa-se por “ansiedade traço”, por outro lado, quando é uma reação episódica ou situacional designa-se por “ansiedade estado”.

Segundo o DSM-IV-TR a ansiedade está agrupada nas perturbações da ansiedade. A perturbação da ansiedade generalizada tem como principais características a presença de ansiedade e a preocupação constante exagerada acerca de um conjunto de acontecimentos que perduram, pelo menos, à seis meses, sendo que o sujeito tem dificuldade em controlar estas preocupações. Para além de apresentar ansiedade e preocupação, o sujeito tem de ter três ou mais dos seguintes sintomas: agitação, nervosismo ou tensão interior; fadiga fácil; dificuldades de concentração ou mente vazia; irritabilidade; tensão muscular; e perturbações no sono. Estes sintomas não podem ser melhores explicador por outra perturbação do Eixo I e

devem causar mal-estar clinicamente significativo ou alterações no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área. Além disso, a perturbação não pode ser provocada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância e não ocorrem exclusivamente durante a perturbação do humor (American Psychiatric Association, 2002).

Ao longo do tempo foram-se desenvolvendo vários modelos explicativos nos mecanismo e processos implicados na ansiedade, nomeadamente o Modelo Cognitivo de Beck para a ansiedade.

Segundo este modelo, o que caracteriza a ansiedade é o facto do processamento da informação ser baseado em esquemas disfuncionais, resultando em erros ou enviesamentos na interpretação dos estímulos, sendo portanto avaliados como perigosos e potencialmente ameaçadores para o sujeito. Além disso, estes sujeitos subestimam os seus recursos de *coping*, bem como os indícios do meio que são considerados com securizantes (Beck & Clark, 1997). Assim, a diferença entre ansiedade normal e patológica está relacionada com a sobrevalorização subjetiva do perigo realizada pelo sujeito.

Segundo Beck et al. (1985) a forma como o processamento de informação é realizada constitui a base deste modelo. Assim, trata-se de um padrão complexo constituído por quatro aspetos: fisiológicos, em que há um alerta do sistema autónomo para preparar a fuga ou mobilizar a defesa de acordo com o perigo percebido; comportamental, em que há a mobilização com o objetivo de “fugir” e de se defender do perigo percebido; afetivo/cognitivo, em que surgem os sentimentos de medo e de apreensão; e por fim, o cognitivo, em que surgem sintomas sensório-perceptivos (sentimentos de irrealidade, de hipervigilância e consciência de si), dificuldades de pensamento (dificuldades na concentração, incapacidade em controlar o pensamento, bloqueio e dificuldades em raciocinar), sintomas conceituais (distorções cognitivas, crenças relacionadas com o medo, imagens terríficas e pensamentos automáticos negativos). Desta forma existe a atribuição de significados ameaçadores a estímulos neutros.

Este sistema de processamento de informação prevê três modos de funcionamento: o registo inicial ou modo de orientação e reconhecimento dos estímulos, sendo atribuído ao estímulo uma valência, prioridade e recursos de atenção; a preparação imediata ou modo primário de processamento da ameaça, que tem como objetivo assegurar a sobrevivência do indivíduo, maximizando os indicadores de segurança, de forma a diminuir o perigo, em que há a atribuição de um significado à ameaça suportada por informações incompletas; e a

elaboração secundária ou modo meta-cognitivo, em que há a avaliação da possibilidade e da eficácia dos recursos de *coping* existentes face à ameaça (Beck & Clark, 1997).

Assim, a ansiedade está presente quando o sujeito percebe um perigo ou ameaça e resulta da avaliação cognitiva realizada (Beck & Clark, 1997).

### **2.2.1. A Ansiedade em Estudantes Universitários**

Dados revelam que a ansiedade tem vindo a aumentar consideravelmente na população humana, incluindo a população dos estudantes universitários, e por isso, alguns autores deram o nome de “A Era da Ansiedade” ao século XX (Twenge, 2000). A ansiedade é uma perturbação que está presente em 12% da população universitária (Szpak & Kameg, 2013). Sendo importante o tratamento desta perturbação, por ser tão debilitante levando a resultados negativos nos estudantes, além de dificultar a vida dos estudantes, pela sua intrefeição nas atividades diárias e na vida social (Vitasaria, Wahabb, Othmanc, Herawand, & Sinnaduraie, 2010).

Os estudantes universitários com perturbação da ansiedade são caracterizados pela sua atitude passiva ao nível dos estudos, como a falta de interesse na aprendizagem, o mau desempenho nos exames, bem como nos trabalhos académicos. Os sintomas psicológicos presentes nos estudantes universitários incluem sentimentos de nervosismo antes de uma aula, pânico, esquecimento durante a avaliação, impotência na realização dos trabalhos ou falta de interesse em áreas mais difíceis dos estudos. Por outro lado, ao nível dos sintomas fisiológicos, são mais comuns as mãos frias, sudorese, nervosismo, aumento dos batimentos cardíacos e da frequência respiratória e dores no estômago (Sanches, Osório, Udina, Santos & Crippa, 2012).

Num estudo realizado por Costa e Oliveira (2012) verificou-se que 58,34% dos alunos do 1ºano apresentaram sintomas mínimos de ansiedade, 25% sintomas leves e 8,33% sintomas de nível grave. Além disso, os mesmo autores evidenciaram que os alunos de 1ºano apresentaram sintomas de ansiedade em níveis mais elevados do que os alunos que estão a concluir o curso, devido às expetativas sobre o curso. Um outro estudo evidenciou que dos 308 estudantes avaliados, 34% apresentaram ansiedade leve, 24% ansiedade moderada e 12% ansiedade grave, ressaltando a importância de uma intervenção para que se evite alterações na formação da identidade do estudante, bem como na sua qualidade de vida (Marchi, Bárbaro, Miasso, & Tirapelli, 2013).

Ao nível da diferença entre géneros, vários estudos têm demonstrado que as mulheres têm níveis de ansiedade superior em relação aos homens (Carvalho, Bertolini, Milani, & Martins, 2015; Jansen et al., 2011; Vaysse, Gignon, Zerkly, & Gangry, 2014). Esta diferença pode ser explicada pelo facto, de que na sociedade atual a mulher tem maiores dificuldade em seguir uma carreira que lhe permita uma maior independência e estabilidade social e económica, enfrentando mais conflitos que os homens e dessa forma, tendem a reagir com maiores níveis de ansiedade quando confrontadas com situações em que existe pressão psicológica (Carvalho et al., 2015). Uma outra justificação pode estar relacionada com o facto das mulheres apresentarem maiores expectativas relativamente ao curso e investirem mais nas atividades académicas, enquanto os rapazes investem mais nas áreas de socialização (Almeida et al., 2003).

A literatura tem mostrado que os sujeitos mais ansiosos são os que têm maior dependência e maior restrição à autonomia e dificuldade em estabelecer contatos sociais. Assim, os que têm níveis mais baixos de independência, têm uma maior dificuldade na adaptação a novos contextos, bem como no estabelecimento de relações interpessoais. Por outro lado os que construíram a sua identidade, apresentam maior autonomia, mais confiança em si próprios, mais iniciativa e investimento, o que leva a menos níveis de ansiedade (Silva & Costa, 2005). Existem vários problemas relacionados com a frequência no ensino superior que têm influência direta com os níveis de ansiedade, como por exemplo, a solidão, a adaptação, o auto-conceito, as relações interpessoais, a adaptação a um novo tipo de ensino e as metodologias de estudo e de avaliação (Noriega, 2005). A *homesickness* (que se pode traduzir para português como saudades de casa) pode trazer stresse e prejuízo a nível funcional provocado pelo afastamento de casa, dos objetos pessoais e dos pais e é caracterizada por um problema de adaptação que mistura a ansiedade e o humor depressivo (Thurber & Walton, 2007).

Segundo um estudo de Almeida (2014), os alunos deslocados, ou seja, que tiveram de sair do seu local de origem para frequentar o ensino superior, apresentam níveis mais elevados de ansiedade, em relação aos alunos não deslocados. Algumas explicações para estas diferenças podem estar relacionadas com a falta de apoio social, recompensas insuficientes pelo seu trabalho e fraco desempenho cognitivo (Claudino & Cordeiro, 2006). Batista e Almeida (2002) evidenciaram que alunos não deslocados têm um maior nível de bem-estar físico e psicológico, melhor equilíbrio emocional e maior estabilidade afetiva.

## 2.3. Depressão

A palavra depressão deriva do latim “*deprimere*” que significa abatimento, diminuição, afundamento. O conceito de depressão surge do termo utilizado por Hipócrates, melancolia, considerando que o estado melancólico se devia a um excesso de bílis negra. Posteriormente, na viragem do século XIX, Krapelin estabelece uma divisão entre a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce, sendo que a nosologia descrita por este autor serviu de base a muitos dos modelos atuais da depressão. Foi Adolf Adler que propôs o termo de depressão como substituto de melancolia, descrevendo que as perturbações depressivas estavam relacionadas com reações mal adaptativas ao stresse ambiental, introduzindo o conceito de reatividade na depressão (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Segundo Del Porto (1999), a depressão enquanto síndrome, não inclui apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta de capacidade para sentir prazer, apatia), mas também de um conjunto de outros aspetos, como alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono e apetite). Enquanto doença, a depressão tem sido classificada de diferentes formas, dependendo do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado.

Atualmente, o termo depressão tem sido utilizado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), como um sintoma ou uma ou várias doenças. Enquanto sintoma, a depressão pode surgir em diferentes quadros clínicos, como a perturbação de stresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo e doenças clínicas (Del Porto, 1999). A depressão é considerada como a mais antiga das anormalidades patológicas (Townsend, 2009) e atualmente, é o grupo de doença com maior prevalência mundial, afetando uma em cada cinco pessoas em algum momento da sua vida. Além disso há previsão de que no ano 2020 se torne a segunda doença com maior prevalência, perdendo apenas para as doenças cardíacas, sendo portanto um problema de saúde pública (WHO, 2012 cit in Paula et al., 2014).

Os principais sintomas emocionais manifestados por um sujeito com depressão podem ser classificados em quatro categorias: as emocionais, os cognitivos, os físicos e os motivacionais. Dentro dos emocionais encontra-se a tristeza, o abatimento, bem como a diminuição ou perda total de prazer em atividades que anteriormente lhes davam satisfação; nos cognitivos, incluem-se os pensamentos negativos sobre si próprio, que causam baixa autoestima, desesperança na vida futura, diminuição da concentração e memória; do ponto de vista físico, incluem-se um cansaço excessivo, alterações no apetite e sono, bem como um

mal-estar provocado pelo aumento de dores; por fim, os motivacionais, estão principalmente relacionados com a falta de iniciativa e total inércia perante a situação (Atkinson et al., 2002).

A depressão como fenómeno clínico encontra-se descrita e classificada no DSM-IV-TR. Segundo esta classificação, a depressão é uma Perturbação de Humor e o Episódio Depressivo Major é caracterizado pela presença de humor depressivo, diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades diárias; perda ou aumento de peso significativo num curto espaço de tempo; insónia ou hipersónia; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização ou culpabilidade excessiva ou inapropriada; diminuição das capacidades de pensamento, concentração ou indecisão; e pensamentos recorrentes relacionados com a morte, ideação suicida recorrente, ou tentativa ou plano para cometer suicídio. Todas estas características devem estar presentes em todos ou quase todos os dias e é necessária a presença de pelo menos cinco destes sintomas, durante duas semanas. Além disso, o sujeito tem de manifestar mal-estar significativo ou alterações no funcionamento social, ocupacional ou noutra área relevante; e os sintomas não se podem dever aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância de abuso ou de um estado físico geral (American Psychiatric Association, 2002).

Ao nível do diagnóstico diferencial este deverá ser distinguido da Perturbação do Humor Secundária a um estado físico geral, considerado, neste caso, como consequência fisiológica direta de um estado físico específico. Também é importante distinguir da Perturbação de Humor induzida por substâncias tóxicas, em que neste caso o sujeito consome substâncias ilícitas. Além disso, também é frequente haver confusão entre a Perturbação de Humor e um estado demencial, devido à comorbilidade e semelhança de sintomas. O nível da Perturbação Hiperativa com défice de atenção, quando se preenchem critérios para ambas as perturbações, estas podem ser diagnosticadas em conjunto. Um Episódio Depressivo Major que ocorra em resposta a um acontecimento psicossocial, distingue-se da Perturbação da Adaptação com Humor Depressivo. Por fim, o diagnóstico de Perturbação Depressiva sem outra especificação, pode ser realizado quando não há o preenchimento dos critérios de duração ou intensidade (American Psychiatric Association, 2002).

Existem diversos modelos teóricos para explicar a etiologia e os mecanismos da depressão, como o modelo cognitivo da depressão (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). Este modelo propõe três conceitos clássicos para explicar o substrato psicológico da depressão: a tríade cognitiva, os esquemas cognitivos disfuncionais e as distorções ou erros cognitivos.

A tríade cognitiva consiste no facto do paciente apresentar uma visão negativa e persistente em relação a três aspetos fundamentais: sobre si mesmo, em que o sujeito se vê a si próprio como inadequado ou defeituoso; sobre o mundo, em que o sujeito faz uma interpretação distorcida do meio que o rodeia; e sobre o futuro, em que o sujeito antecipa que o sofrimento do próprio será permanente. Através desta interpretação errônea, o sujeito sente-se encurralado, envolvido por situações na qual apenas resultam deceções, sofrimento desamparo e desesperança. Estes autores consideram que a presença dos sintomas depressivos, resultam desta visão negativista tríplice (Beck et al., 1997).

Os esquemas cognitivos são padrões cognitivos estáveis, ativados por situações congruentes com essas crenças, modelando o estilo de pensamento, levando à promoção de erros e distorções cognitivas. Estes esquemas explicam o porquê do sujeito manter atitudes indutoras de sofrimento, apesar de existirem evidências positivas. Assim, ao possuir distorções cognitivas, retira conclusões negativas sem qualquer evidência baseada na realidade. Os esquemas cognitivos são adquiridos precocemente, tendo como função de filtrar, através dos quais a informação e experiências são processadas (Beck et al., 1997).

Os erros e distorções cognitivas surgem a partir de esquemas, que são ativados pelos acontecimentos de vida. As distorções mais frequentes em sujeitos deprimidos são: a inferência arbitrária, ou seja, a conclusão antecipada, baseada em fracas evidências; a abstração seletiva, em que a pessoa tem tendência para seleccionar as evidências que refletem o seu mau desempenho; a supergeneralização, que consiste na tendência para considerar que um evento ou desempenho negativo ocorrerá mais vezes; e a personalização, que é a atribuição pessoal geralmente de carácter negativo (Beck et al., 1997).

Em suma, o pressuposto deste modelo considera que as emoções, os comportamentos e as reações, estão diretamente ligados à forma como o sujeito avalia as suas experiências do mundo (Beck et al., 1997).

### **2.3.1. A Depressão nos estudantes universitários**

Como já foi referido a transição para o ensino superior implica muitas mudanças. No entanto enquanto alguns estudantes encaram este novo contexto como naturalidade e como algo de positivo, noutros este processo de adaptação revela-se difícil e com elevados níveis de stresse, que estão na base de problemas de saúde mental (Bouteyre, Maurel, & Bernaud, 2007).



Num estudo de Cavestro e Rocha (2006), verificaram que a prevalência para a perturbação depressiva major era de 10,5%. Segundo Bouteyre et al. (2007), num estudo com 233 estudantes universitários, verificaram que 41% sofria de sintomas depressivos. Num outro estudo Verger et al. (2009) verificaram uma prevalência de 15,7% em homens e 33% em mulheres, de mal-estar psicológico associado com o aumento do risco de ansiedade e depressão. Recentemente, Santos (2011) num estudo com 666 estudantes do 1º ciclo da Universidade de Aveiro, encontrou 15% dos estudantes com sintomatologia depressiva.

Ao nível do género, os estudos revelam que existe uma maior prevalência da depressão nas mulheres do que nos homens (Claudino & Cordeiro, 2006; Neves & Dalgalarondo, 2007; Paula et al., 2014; Santos, 2011). Vários estudos têm demonstrado que o sexo feminino é um fator de risco significativo para a depressão tanto ao nível da população universitária, como da população em geral (Al-Faris et al., 2012; Jadoon, Yaqoob, Raza, Shehzad & Zeshan, 2010). Segundo Jadoon et al. (2010) as mulheres têm duas vezes mais probabilidade de terem depressão do que os homens.

Esta situação pode ter como causa as exigências manifestadas pela sociedade atual e o facto do sexo feminino ao atingir a maturidade de forma mais precoce em relação ao sexo masculino, devido ao seu desenvolvimento físico e psíquico mais rápido, encara as exigências da sociedade com mais responsabilidade (Claudino & Cordeiro, 2006). Além disso, as mulheres atualmente além de acumularem atividades académicas e laborais, exercem vários papéis, incluindo a maternidade, responsabilidades no lar e cobranças sociais, além de maior predisposição, alterações de humor resultantes de influências hormonais, explicando em parte esta predisposição para a depressão (Brandtner & Bardagi, 2009).

Do ponto de vista da mudança de residência, os alunos deslocados apresentam níveis de depressão mais elevados que os alunos não deslocados (Claudino & Cordeiro, 2006; Hafen, Reisbig, White & Rush, 2006). Esta situação pode estar relacionado com fatores de ordem emocional e de suporte social, pelos estudantes deslocados não receberem o apoio necessário, nomeadamente da família (Claudino & Cordeiro, 2006). Além disso, esta situação também pode ser explicada pelo conceito de *homesickness* que está relacionado com a depressão, podendo ser considerado como um preditor da depressão ou como depressão reactiva a saída de casa (Hafen et al., 2006).

## **2.4 Modelo Tripartido para a Depressão, Ansiedade e Stresse**

Segundo o modelo tripartido, tanto a ansiedade como a depressão apresentam características comuns. Por um lado, a depressão é caracterizada exclusivamente pelo afeto positivo baixo e anedonia, enquanto a ansiedade é caracterizada por manifestações somáticas e ambas apresentam um fator não específico, denominado por *distresse* ou afeto negativo, sendo assim experimentado por indivíduos depressivos e ansiosos. Ainda incluem o humor deprimido e ansioso, como a insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração. São estes sintomas que são responsáveis pela associação existente entre os instrumentos de ansiedade e depressão (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

A operacionalização do modelo tripartido para a depressão, ansiedade e stresse levou à elaboração de diversos instrumentos, inclusivé o *Depression Anxiety Stresse Scale* (Lovibond & Lovibond, 1995). Este instrumento caracteriza as escalas da seguinte forma: a depressão, principalmente pela perda de autoestima e de motivação, está associada com baixa perceção de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para a pessoa; a ansiedade, salienta as ligações entre os estados ansioso peristentes e respostas intensas de medo; e o stresse, está relacionado com estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão (Lovibond & Lovibond, 1995).

## Capítulo 3 – Adaptação ao Ensino Superior

---

### **3.1 Transição e Processo de Adaptação**

Atualmente, a adaptação ao ensino superior é encarada como um processo e uma consequência de vários fatores, designadamente características individuais, socioeconómicas, culturais (Cabral & Matos, 2010). A passagem para o ensino superior faz com que o adolescente se depara com um novo conjunto de vivências e situações que implicam o desenvolvimento de novas estratégias na adaptação a esta nova etapa (Monteiro, 2008). De acordo com alguns autores estamos na presença de uma situação que implica um confronto com uma nova instituição, com novas regras, tarefas, competências e exigências diferentes das propostas anteriormente (Monteiro, 2008; Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódia, 2005).

Segundo Evans, Forney, Guido, Patton e Renn (2009) a transição para o ensino superior, envolve inúmeros desafios. Para além das comuns mudanças em termos desenvolvimentais, os estudantes deparam-se com alterações como o aumento do nível de exigência académica, que implica um ajuste a nível académico onde lhes são exigidos novos ritmos e processos de aprendizagem, organização e responsabilidade adequados à nova realidade. No que diz respeito à componente social, há uma alteração nas normas de relacionamento interpessoal, que pressupõem maior maturidade na reformulação das relações entre pares e relações íntimas; a nível pessoal, as mudanças refletem-se quer no desenvolvimento da sua identidade, quer na autoestima e conhecimento pessoal e do mundo. Na esfera vocacional, supõe-se o desenvolvimento de uma nova identidade vocacional, definindo-se objetivos vocacionais, processos de tomada de decisão e transição para o mercado de trabalho (Evans et al., 2009; Monteiro, 2008; Machado & Almeida, 2000).

As mudanças podem ocorrer também no plano biopsicológico e emocional, com repercussões no bem-estar físico e psicológico. Por último, o envolvimento em atividades curriculares e extracurriculares, contextualizadas na universidade, reporta uma nova adaptação em termos dos valores e cultura da instituição (Machado & Almeida, 2000).

Muitas vezes a transição para o ensino superior, envolve a saída de casa dos pais e da cidade de origem o que resulta no enfraquecimento de algumas relações securizantes, que se repercute a nível da amizade e família, pela alteração da dinâmica social onde impera a necessidade de instituir novas amizades que visam aumentar o suporte social na universidade (Soares, Guisande, & Almeida, 2007). Para Monteiro (2008) os estudantes ao saírem de casa e separam-se das figuras parentais, podem vivenciar uma experiência dolorosa, acompanhada momentos de solidão, isolamento e abandono, aumentando possíveis problemas no foro

académico, pessoal e social. Mesmo quando não há mudança de residência, a rotina quotidiana dos jovens sofre alterações, o que diminui a frequência com que veem os antigos colegas. O ambiente universitário pode proporcionar aos jovens a possibilidade de constituir uma nova rede de relações afetivas e de suporte, apelando assim às capacidades individuais para estabelecer novas relações e consequentemente favorecer o bem-estar psicológico e integração na faculdade (Polydoro & Primi, 2003).

Além da reorganização afetiva, é adquirida uma grande liberdade e autonomia que confronta os jovens com a necessidade de gerir de forma independente o seu tempo e recursos económicos (Almeida, 2007). Assim, a adaptação ao ensino superior pode assumir-se enquanto um processo de desenvolvimento, em que os estudantes jovens adultos se deparam com desafios do ponto de vista desenvolvimental que são considerados indissociáveis da própria adaptação universitária (Cabral & Matos, 2010). A frequência universitária é vista, em parte, como uma conjuntura facilitadora do desenvolvimento individual, potenciando a integração e adaptação académica, pessoal, social e afetiva do estudante para o mundo socioprofissional (Ferreira & Santos, 1998).

No entanto, tais alterações e desafios podem ser experienciados de forma díspar entre diferentes indivíduos, sendo que as suas competências, motivações e conhecimentos, podem levar a diferentes perspetivas em relação à entrada na universidade. Trata-se de um processo complexo, que para alguns é vivido de forma entusiasta, enquanto para outros se trata de uma fase marcada pela ansiedade face ao processo de adaptação, muitas vezes interpretada como uma ameaça à autoestima e bem-estar pessoais (Almeida, 2007).

De acordo com Soares (2003, citado por Monteiro, 2008) existem dois tipos de fatores associados à adaptação ao ensino superior: os fatores individuais e os contextuais. Os fatores individuais estão relacionados com os próprios estudantes e englobam aspetos académicos determinantes na qualidade do processo de adaptação e sucesso académico e fatores não-académicos como a personalidade, autoconceito e autoestima, stresse, redes de suporte social e estratégias de *coping*. Os fatores contextuais encontram-se relacionados com o clima na sala de aula, atividades extracurriculares e a qualidade dos relacionamentos com colegas da universidade (Monteiro, 2008).

Segundo Fernandes et al. (2005) é durante o primeiro ano do ensino superior que se regista de forma mais acentuada a não correspondência das expectativas formadas anteriormente à entrada na faculdade, surgindo as primeiras dificuldades em termos de rendimento e adaptação académica.

Para um ajustamento académico bem conseguido, Oliveira, Monteiro, Alho, Tavares e Diniz (2010) sublinham a importância do estabelecimento de novas relações. Os alunos envolvidos socialmente revelam níveis mais promissores de sucesso académico, bem como maiores níveis de satisfação e adaptação, atingindo de forma eficaz os seus objetivos académicos e níveis superiores de desenvolvimento psicossocial (Almeida & Nogueira, 2002).

Os estilos de vida adotados pelos estudantes durante a fase universitária, podem influenciar as outras fases da vida, como na meia-idade e velhice (Nahas & Márquese, 2001). Segundo Silva et al (2011), existem fatores do estilo de vida que podem ser adotados no momento de adaptação ao ensino superior, altura em que se questiona os valores, crenças e atitudes passadas pela família. Sendo mais um motivo para tornar este grupo vulnerável à adoção de comportamentos que tanto podem ser adequados ou inadequados à saúde.

Devido a todas estas alterações no estilo de vida dos estudantes do 1ºano descritas anteriormente, a realidade desta transição parece assumir-se muitas vezes como difícil e stressante, gerando muitas vezes níveis exagerados de stresse e de ansiedade (Wintre & Sugar, 2000).

Segundo um estudo de Fernandes (2011) as mulheres têm uma melhor adaptação ao nível da dimensão estudo, em relação aos homens, apresentando assim mais competências de estudo, bem como uma melhor gestão do tempo e dos recursos de aprendizagem disponíveis. No entanto, relativamente ao total da escala QVA-r os homens revelam um maior ajustamento global que as mulheres. Num outro estudo de Dinis (2013) verificou-se que os homens têm uma melhor adaptação ao nível da dimensão pessoal, que as mulheres. Também Seco et al. (2005) encontraram diferenças na dimensão estudo, em que as mulheres pontuam mais que os rapazes e na dimensão pessoal e institucional em que os rapazes pontuam mais. Assim, o género exerce uma influência significativa na forma como a adaptação ao ensino superior é vivida e nas suas repercussões ao nível das diferentes dimensões desse mesmo processo.

Segundo um estudo de Fernandes (2011) verificou-se que os estudantes não deslocados apresentam uma maior adaptação do que os alunos deslocados, em que os alunos não deslocados apresentam uma melhor adaptação ao nível da dimensão pessoal, estudo, institucional e no resultado total da escala. Assim, os alunos não deslocados sentem um maior bem-estar, gerem melhor o tempo e os recursos de aprendizagem disponíveis e ainda são mais autoconfiantes. Segundo Seco et al. (2005) os alunos deslocados pontuam de forma superior na dimensão interpessoal, enquanto os alunos não deslocados apresentam valores superiores

na dimensão pessoal, estudo e institucional. Segundo estes autores os alunos deslocados são muitas vezes acompanhados de sentimentos de solidão e isolamento, havendo uma maior necessidade e disponibilidade para iniciarem e estabelecerem novas interações e até para se envolverem mais em atividades de carácter associativo, principalmente na instituição.

De acordo com Costa e Leal (2008), os estudantes deslocados apresentam mais problemas de isolamento/solidão, enquanto os alunos não deslocados parecem evidenciar um bem-estar físico e psicológico superior, melhor equilíbrio emocional e maior estabilidade afetiva, mais otimismo, mais confiança e melhores competências na tomada de decisão, assim, como melhores hábitos de estudo, competências de gestão do tempo e de preparação para os testes.

## Capítulo 4 – Estilo de Vida, Stresse, Ansiedade, Depressão e Adaptação Académica

---



## **4.1. Estilo de Vida e Stresse, Ansiedade e Depressão**

O stresse desempenha um papel preponderante em muitos comportamentos de saúde que são fundamentais para a compreensão da associação existente entre stresse e saúde. Assim, se o stresse provoca um aumento na ocorrência de um comportamento de risco ou se diminui um comportamento positivo, então estes comportamentos podem mediar a influência do stresse no risco da saúde (Steptoe, 2000).

Segundos estudos de Dias et al. (2001), existe uma relação entre a perceção de stresse, os seus hábitos e estilos de vida e o seu estado de saúde em geral, em que os estudantes que relataram maior perceção de stresse caracterizavam-se como menos saudáveis e com menos comportamentos de saúde. Também, Loureiro (2006) verificou que os estudantes quanto mais stresse académico experienciam, maiores são os comportamentos menos positivos para a saúde. Ainda de encontro com os mesmos resultados, Martinho (2006), verificou que os jovens quando sujeitos a maiores níveis de stresse, tendem a adotar estilos de vida menos saudáveis para a saúde.

Segundo Amaral e Silva (2008), a falta de exercício físico, a nutrição desequilibrada e o sono desregulado são fatores identificados como indutores de stresse nos estudantes do ensino superior. Alguns estudos revelam que os principais determinantes das escolhas alimentares realizadas pelos jovens universitários são a falta de tempo disponível, a conveniência, o custo, o sabor, o estado de saúde, o ambiente social e físico, bem como as preocupações com o controlo de peso corporal (Davy, Benes & Driskell, 2006).

A ansiedade é uma experiência emocional presente nos estudantes universitários, pois frequentemente são confrontados com situações geradoras de pressão psicológica e ansiedade (Cruz, Pinto, Ameida & Aleluia, 2010). Segundo Quintero, Garcia, Jiménez e Ortiz (2004) existem variáveis individuais que se relacionam com a depressão e a ansiedade nos estudantes universitários como os antecedentes familiares e pessoais para as perturbações do humor, dificuldades académicas, instabilidade económica e consumo de substâncias psicoativas. No entanto, se houver uma identificação precoce diminui a possibilidade de fracasso académico, reduzindo de forma substancial os comportamentos de risco para a saúde como o consumo de tabaco, álcool e de condutas alimentares desadequadas (Campos & Gonçalves, 2004).

Para Ferreira et al. (2009), a acumulação da carga horária e os exercícios académicos são fatores desencadeadores da ansiedade nos estudantes universitários. Para Noriega (2005), existe um conjunto de problemas que influencia diretamente os níveis de ansiedade como a

solidão, adaptação, autoconceito, relações interpessoais, adaptação a um novo tipo de ensino, metodologias de estudo e avaliação.

Existe uma lacuna de estudos relativamente à ansiedade e aos estilos de vida, no entanto vários estudos evidenciam que as práticas de um estilo de vida saudável diminuem os níveis de ansiedade, bem como práticas de estilo de vida menos saudáveis estão associadas a maiores níveis de ansiedade. Segundo um estudo de Almeida (2014), quanto maior a sintomatologia ansiosa maiores são os comportamentos de risco, o consumo de tabaco e de outras drogas, piores são os hábitos alimentares, maior é a inatividade física e mais frequente é a condução de risco.

A atividade física é essencial para a prevenção e manutenção da saúde mental, nomeadamente da ansiedade e stresse, sendo importante desenvolver um estilo de vida ativo (Polydoro, Primi, Serpa, Zaroni & Pombal, 2001; Roeder, 1999). De facto, de acordo com a Sociedade Internacional de Psicologia do Desporto (ISSP, 1992), o exercício físico leva a benefícios ao nível psicológico, parecendo estar correlacionado de forma positiva com a auto-imagem, sensações de bem-estar, auto-confiança, mudanças positivas no humor, no stresse, depressão, ansiedade, vigília, clareza de pensamento, aumento de energia, entre outros

Num estudo da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (SPESM, 2010, cit in Almeida, 2014) 30% dos estudantes universitários do Porto consomem psicotrópicos, assim como um elevado consumo de antidepressivos, hipnóticos e ansiolíticos. Este consumo deve-se a estados de ansiedade, risco de suicídio e questões de isolamento. Segundo Almondes e Araújo (2003), os sintomas de ansiedade aumentam com a irregularidade de horários de sono adotados, existindo maiores dificuldades de sono, nomeadamente despertares precoces nos estudantes com maiores níveis de ansiedade. Num outro estudo em que se pretendeu identificar os fatores psicológicos que influenciam na manutenção de hábitos alimentares adequados, verificou-se que a ansiedade e a depressão possibilitava a uma menor adesão à dieta e à prática de hábitos saudáveis, em que os participantes relatavam que a ansiedade desestimulava a continuar a fazer dieta, praticar exercício físico e cuidar de si mesmos (França, Biaginni, Mudesto & Alves, 2012).

Também quanto à depressão existem pouco estudos que associem a depressão e os estilos de vida. No entanto, tal como na ansiedade, a prática de estilos de vida saudáveis estão relacionados com menores níveis de depressão. O estilo de vida ativo e a prática de exercícios físicos apresentam-se como métodos eficazes na obtenção de benefícios psicológicos, entre eles o controlo de níveis de ansiedade e de stress, e a redução de estados depressivos (Veigas

& Gonçalves, 2009). Segundo um estudo de Almeida (2014) quanto maior é a sintomatologia depressiva, maiores são os comportamentos de risco, o consumo de outras drogas, piores são os hábitos alimentares e maior é a inatividade física, e menor é a condução de risco.

Vários estudos encontraram diferenças significativas entre o sedentarismo e a prática de exercício físico, em que níveis mais baixos de depressão e ansiedade são associados à prática de exercício físico, e que a falta desta atividade revela ser um fator para o aparecimento de depressão e ansiedade (Derger et al., 1998, cit in Godoy, 2002; Veigas & Gonçalves, 2009). Do ponto de vista alimentar, estudos evidenciam que os alimentos ricos em açúcar, hidratos de carbono e gordura são consumidos devido à melhoria de humor resultante do seu consumo. Assim é possível compreender as preferências que alguns indivíduos deprimidos têm por este tipo de alimentos, que procuram um alívio para os seus sintomas depressivos (Christensen, 2001). Ao nível do consumo de substâncias existe uma forte relação entre a depressão e perturbações de ansiedade com o abuso de substâncias psicoativas, uma vez que através de crenças desadaptativas, procuram a redução dos sintomas através do consumo de substâncias (Santana & Negreiros, 2008). Para Adewuya (2006), o abuso ou a dependência de álcool é um fator que provoca sintomas depressivos.

## **4.2. Estilo de Vida e Adaptação Académica**

A transição para o ensino superior é processo bastante exigente e com modificações. Estas modificações são visíveis ao nível das alterações nos padrões alimentares, no exercício físico e no consumo de álcool e tabaco (Grácio, 2009; Vieira, 2002).

Segundo um estudo de Costa (2008), a vivência de estilos de vida mais saudáveis promove melhores níveis de adaptação académica. Os resultados evidenciaram que existe uma forte influência dos estilos de vida saudáveis na promoção da perceção pessoal de bem-estar, de auto-estima e do sentimento de identidade dos alunos; nos melhores níveis de ajustamento interpessoal; no modo como os estudantes percebem a sua carreira académica; nos métodos de estudo e gestão de tempo e na avaliação que os estudantes fazem à qualidade da instituição.

No entanto, os estudos realizados no sentido de compreender a relação entre os estilos de vida e a adaptação académica, na população universitários, são muito escassos ou quase inexistentes.

## Capítulo 5 - Método

---

## 5.1. Objetivos e hipóteses

O objetivo geral deste estudo é estudar o impacto das variáveis estilo de vida, stresse, ansiedade e depressão e adaptação académica, nos estudantes universitários de 1ºano.

Como objetivos específicos pretende-se (1) comparar o estilo de vida, o stresse, a ansiedade e depressão e a adaptação académica entre géneros; (2) comparar o estilo de vida, o stresse, a ansiedade e depressão e a adaptação académica entre alunos deslocados e não deslocados; (3) comparar o estilo de vida entre diferentes áreas de estudo; (4) estudar a relação entre estilo de vida e stresse, ansiedade e depressão; e (5) estudar a relação entre estilo de vida e adaptação académica.

Como hipóteses de estudo:

H1: É esperado que as mulheres apresentem práticas de estilo de vida mais saudável do que os homens.

H2: É esperado que as mulheres apresentem maiores níveis de stresse, ansiedade e depressão do que os homens.

H3: É esperado que os homens apresentem melhor adaptação académica dos que as mulheres.

H4: É esperado que os alunos não deslocados apresentem práticas de estilo de vida mais saudáveis do que os alunos deslocados.

H5: É esperado que os alunos deslocados apresentem maiores níveis de stresse, ansiedade e depressão do que os alunos não deslocados.

H6: É esperado que alunos não deslocados apresentem melhor adaptação académica do que os alunos deslocados.

H7: É esperado que as áreas de saúde apresentem práticas de estilo de vida mais saudáveis do que os restantes cursos.

H8: É esperado que maiores níveis de stresse, ansiedade e depressão estejam associados a menores práticas de estilo de vida saudável.

H9: É esperado que maiores níveis de adaptação académica estejam associados a maiores práticas de estilo de vida saudável.

## 5.2 Amostra

Neste estudo participaram 429 alunos do ensino superior de 1ºano. A amostra foi constituída por 317 alunos do sexo feminino (73,9%) e 112 do sexo masculino (26,1%), sendo

a amostra constituída maioritariamente por alunos do sexo feminino. As idades dos participantes variaram entre os 17 e os 56 anos ( $M=20,33$ ;  $DP=4,34$ ).

Ao nível de alunos deslocados, 221 alunos (51,5%) não tiveram de mudar o seu local de residência para iniciar os estudos, mas 208 alunos (48,5%) tiveram de mudar de residência.

Ao nível do curso, estes foram agrupados em áreas segundo a classificação da Direção Geral do Ensino Superior, no entanto, além disso, agrupou-se as áreas de Ciências e de Saúde numa só pelo facto da Área de Ciências constituir por si só um grupo muito pequeno. Assim, dos participantes deste estudo 32,6 % correspondem à Área de Ciências e da Saúde, 22,8% à Área de Direito, Ciências Sociais e Serviços, 11,9% à Área de Tecnologias, 10,5% à Área de Economia, Gestão e Contabilidade, 7,9% à Área de Educação Física, Desporto e Artes do Espetáculo, 7% à Área de Ciências da Educação e Formação de Professores, 5,8% à Área de Agricultura e Recursos Naturais e 1,4% à Área de Arquitetura, Artes Plásticas e Design.

Para se fazer parte da amostra, os participantes teriam de estar obrigatoriamente no 1ºano do 1º Ciclo.

Os resultados desta análise encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

		M (DP)
Idade		20.33 (4.34)
		N (%)
Género	Masculino	112 (26.1)
	Feminino	317 (73.9)
Mudança de Residência	Sim	208 (48.5)
	Não	221 (51.5)
Áreas de Estudo	Área de Ciências e da Saúde	140 (32.6)
	Área de Direito, Ciências Sociais e Serviços	98 (22.8)
	Área de Tecnologias	51 (11.9)
	Área de Ciências da Educação e Formação de	30 (7)

Professores	
Área de Economia, Gestão e Contabilidade	45 (10.5)
Área de Educação Física, Desporto e Artes do Espetáculo	34 (7.9)
Área de Agricultura e Recursos Naturais	25 (5.8)
Área de Arquitetura, Artes Plásticas e Design	6 (1.4)

---

## 5.3. Descrição das medidas

### 5.3.1. Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)

Neste estudo foi utilizado o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS; Hettler, 1982) versão adaptada a Portugal por Ribeiro (2004), que é uma lista de classificação de comportamentos de saúde, que avalia o que as pessoas fazem para cuidar da sua saúde e evitar doenças. Trata-se de uma medida de autorresposta, constituída por 28 itens que se agrupa em 5 categorias: exercício físico (itens 1, 2 e 3), nutrição (itens 4, 5, 6, 18, 22), auto cuidado (itens 8, 9, 10, 11, 12, 23, 24, 25, 26, 27 e 28), segurança motorizada (itens 13, 14 e 15) e uso de drogas ou similares (itens 7, 16, 17, 19, 20 e 21). A resposta é fornecida através de uma escala de *Likert* de 5 pontos, sendo 1 quase sempre e 5 quase nunca. A nota de comportamentos protetores de saúde varia entre 28 e 140. Quanto maior for o valor, menor é a realização dos comportamentos protetores de saúde descritos (Ribeiro, 2004).

Segundo Ribeiro (2004), as cinco categorias apresentam uma consistência interna satisfatória, sendo que o alfa de *Cronbach* varia de .42 (Segurança motorizada) a .78 (nutrição), sendo o alfa de *Cronbach* total da escala de .76. Quanto à validade de constructo, correlacionou-se o QACS com o Questionário de Saúde Mental de 5 itens (MHI-5), Autoconceito, Perceção Geral da Saúde, Auto Eficácia e Suporte Social. A Perceção Geral de Saúde manteve relações fortes com a QACS; as categorias Exercício Físico e Autocuidado mantiveram relações estatisticamente significativas com todas escalas, apesar de terem valores modestos; a categoria Exercício Físico manteve valores mais significativos, principalmente com a Perceção Geral da Saúde; no entanto não houve relação estatisticamente significativa entre a Segurança Motorizada, a Nutrição e o Uso de Drogas e Similares com nenhuma escala. Apesar disto, o QACS mostra ser um inventário com características para avaliar o que as pessoas fazem para cuidar da sua saúde e evitar doenças.

### **5.3.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)**

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS; Lovibond & Lovibond, 1995) versão adaptada a Portugal por Ribeiro, Honrado e Leal (2004) é um questionário de autorresposta que avalia os estados emocionais de ansiedade, depressão e stresse. É constituída por 21 itens agrupados em 3 subescalas, ansiedade, depressão e stresse, com sete itens em cada uma. A subescala ansiedade é constituída por Excitação do Sistema Autónomo (itens 2, 4 e 19), Efeitos Músculos Esqueléticos (item 7), Ansiedade Situacional (item 9) e Experiências Subjetivas de Ansiedade (itens 15, 20). A subescala depressão é constituída por Disforia (item 13), Desânimo (item 10), Desvalorização da Vida (item 21), Auto depreciação (item 17), Falta de interesse ou de envolvimento (item 16), Anedonia (item 3) e Inércia (item 5). A subescala stresse é constituída por Dificuldade em Relaxar (itens 1 e 12), Excitação Nervosa (item 8), Facilmente Agitado/Chateado (item 18), Irritação/Reação Exagerada (itens 6, 11) e Impaciência (item 14). A resposta é fornecida por uma escala de *Likert* de quatro pontos, sendo 0 não se aplicou a mim e 3 aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo. A cotação é dada pela soma dos resultados dos sete itens, obtendo-se uma nota entre 0 e 21. Quanto maior é a pontuação, mais estados afetivos negativos existem (Ribeiro, Honrado e Leal, 2004).

Segundo Apóstolo, Tanner e Arfken (2012), ao nível da fidelidade as três dimensões apresentam uma forte consistência interna, sendo os alfas de *Cronbach* de .90 para a depressão, de .86 para a ansiedade, de .88 para o stresse e de .95 para o total das três subescalas. Ao nível da validade convergente e divergente, utilizou-se o EADS e o PANAS, respetivamente, obtendo-se intercorrelações positivas e fortes no primeiro e correlações moderadas no segundo.

### **5.3.3. Questionário de Vivências Académicas (QVA-r)**

O Questionário de Vivências Académicas (QVA-r; Almeida, Ferreira & Soares, 2002), sendo esta a versão reduzida, avalia a adaptação ao ensino superior. Esta escala é constituída por 60 itens que se distribuem em cinco grandes áreas de adaptação académica: pessoal (itens 4, 9, 11, 13, 17, 21, 23, 26, 28, 39, 45, 52 e 55), interpessoal (itens 1, 6, 19, 24, 27, 30, 33, 36, 38, 40, 42, 43 e 59), vocacional (itens 2, 5, 7, 8, 14, 18, 20, 22, 37, 51, 54, 56 e 60), estudo-aprendizagem (itens 10, 25, 29, 31, 32, 34, 35, 41, 44, 47, 49, 53 e 57) e institucional (itens 3, 12, 15, 16, 46, 48, 50 e 58). A resposta é fornecida através de uma



escala de *Likert* sendo 1 nada em consonância comigo e 5 sempre de consonância comigo. Quanto maior for a pontuação em cada uma das escalas, melhor é a adaptação nas diferentes dimensões.

Segundo Almeida, Soares e Ferreira (2002), as cinco dimensões apresentam uma boa consistência interna, sendo que os valores do alpha de Cronbach variam entre .71 (dimensão institucional) e .91 (dimensão vocacional) respetivamente, podendo explicar 50,2% da variância dos resultados nos itens. Verificaram-se resultados adequados no que diz respeito à validade, permitindo assim a utilização do instrumento.

## 5.4. Procedimento

Numa primeira fase, realizou-se um protocolo de investigação no Google Drive, que iniciava com uma breve explicação sobre objetivo do estudo, que a informação seria anónima e confidencial, que não existiam respostas certas e erradas e que poderiam abandonar o estudo a qualquer momento, passando de seguida para os questionários. Este protocolo de investigação foi partilhado na rede social *Facebook* e enviado por *e-mail* para os coordenadores de curso de várias universidades, para que fizessem chegar aos seus alunos, de forma a chegar a uma amostra mais alargada.

Numa segunda fase, procedeu-se à administração do protocolo de investigação na Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias. Esta aplicação foi realizada de forma individual, nas salas de estudos ou salas de aula desta instituição. Começou-se por explicar de uma forma breve o objetivo do estudo, que a informação seria anónima e confidencial, que não existiam respostas certas e erradas e que estavam à vontade para colocar dúvidas caso surgissem. O preenchimento do questionário deveria demorar, aproximadamente 25 minutos.

## 5.5. Forma de Investigação

Esta investigação trata-se de um estudo comparativo e correlacional, pois por um lado, pretende-se perceber se existe diferenças entre género, mudança de residência e área de estudo ao nível das variáveis estilo de vida, stresse, ansiedade e depressão, e por outro pretende-se compreender se existe relação entre o estilo de vida e o stresse, ansiedade, depressão e adaptação académica. Tem um carácter transversal, uma vez que os participantes são avaliados uma única vez.

## Capítulo 6 – Resultados e Discussão

---

## 6.1. Resultados

### 6.1.1. Comparação do Estilo de Vida entre Géneros

Para testar a hipótese de que é esperado que as mulheres apresentem práticas de estilo de vida mais saudável do que os homens, procedeu-se ao cálculo do Teste T de amostras independentes. As variáveis analisadas foram o Género, operacionalizada pelas dimensões Masculino e Feminino e o Estilo de Vida, operacionalizada através das dimensões: Exercício Físico, Nutrição, Autocuidado Segurança Motorizada e Uso de Drogas ou Similares. Os resultados desta análise estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Comparação do Estilo de Vida entre Géneros

	Género		t
	Masc (n=112)	Fem (n=317)	
	M (DP)	M (DP)	
QACS			
Exercício Físico	9.81 (3.57)	7.93 (3.62)	4.745***
Nutrição	14.46 (5.11)	15.16 (4.88)	-1.284
Autocuidado	40.99 (6.68)	43.71 (6.31)	-3.859***
Segurança Motorizada	12.81 (2.15)	13.54 (2.05)	-3.206**
Uso de Drogas ou Similares	23.77 (4.45)	24.37 (4.50)	-1.214

Nota: \*\*\*-  $p \leq .001$ ; \*\*-  $p \leq .01$

Recorrendo à Tabela 2 verifica-se que existem diferenças significativas entre homens e mulheres na dimensão Exercício Físico ( $t(427) = 4.745$ ,  $p=0.000$ ), em que os homens apresentam uma média superior ( $M=9.81$ ,  $DP=3.57$ ) em relação às mulheres ( $M=7.93$ ,  $DP=3.62$ ); na dimensão Autocuidado ( $t(425) = -3.859$ ,  $p=0.000$ ), em que as mulheres apresentam uma média superior ( $M=43.71$ ,  $DP=6.31$ ) em relação aos homens ( $M=40.99$ ,  $DP=6.68$ ); e na dimensão Segurança Motorizada ( $t(426) = -3.206$ ,  $p=0.001$ ), em que as mulheres apresentam uma média superior ( $M=13.54$ ,  $DP=2.05$ ) em relação aos homens ( $M=12.81$ ,  $DP=2.15$ ).

### 6.1.2. Comparação do Stress, Ansiedade e Depressão entre Géneros

Para testar a hipótese de que é esperado que as mulheres apresentem maiores níveis de stresse, ansiedade e depressão do que os homens, procedeu-se ao cálculo do Teste T de amostras independentes. As variáveis analisadas foram o Género operacionalizada pelas

dimensões Masculino e Feminino e o Stress, Ansiedade e Depressão. Os resultados desta análise estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Comparação do Stress, Ansiedade e Depressão entre Géneros

	Género		t
	Masc (n=112)	Fem (n=317)	
	M (DP)	M (DP)	
DASS			
Depressão	4.95 (4.99)	5.19 (5.21)	-0.424
Ansiedade	3.61 (3.89)	4.48 (4.60)	-1.924
Stresse	5.91 (5.10)	7.57 (5.39)	-2.828**

Nota: \*\*-  $p \leq .01$

Recorrendo à tabela 3 verifica-se que existem diferenças significativas entre homens e mulheres na dimensão stresse ( $t(426)=-2.828$ ,  $p=0.005$ ), em que as mulheres apresentam uma média superior ( $M=7.56$ ,  $DP=5.39$ ) em relação aos homens ( $M=5.90$ ,  $DP=5.09$ ).

### 6.1.3. Comparação da Adaptação Académica entre Géneros

Para testar a hipótese de que é esperado que os homens apresentem melhor adaptação académica dos que as mulheres, procedeu-se ao cálculo do Teste T de amostras independentes. As variáveis analisadas foram o Género, operacionalizada pelas dimensões Masculino e Feminino e a Adaptação Académica que foi operacionalizada através das dimensões: pessoal, interpessoal, carreira, estudo e institucional. Os resultados desta análise estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4. Comparação da Adaptação Académica entre Géneros

	Género		t
	Masc (n=112)	Fem (n=317)	
	M (DP)	M (DP)	
QVA			
Pessoal	32.25 (10.52)	32.86 (10.00)	-0.542
Interpessoal	43.60 (7.09)	42.41 (7.08)	1.524
Vocacional	45.91 (7.61)	46.40 (7.84)	-0.570
Estudo/Aprendizagem	39.02 (8.03)	40.01 (6.64)	-1.165
Institucional	27.71 (3.99)	27.34 (4.39)	0.781

Recorrendo à tabela 4 verificou-se que não existem diferenças significativas entre géneros na dimensão pessoal ( $t(426)=-0.542$ ,  $p=0.588$ ), na dimensão interpessoal ( $t(426)=1.524$ ,  $p=0.128$ ), na dimensão vocacional ( $t(426)=-0.570$ ,  $p=0.569$ ), na dimensão estudo/aprendizagem ( $t(425)=-1.274$ ,  $p=0.203$ ) e na dimensão institucional ( $t(425)=0.781$ ,  $p=0.435$ ).

#### 6.1.4. Comparação do Estilo de Vida entre alunos deslocados e não deslocados

Para testar a hipótese de que é esperado que os alunos não deslocados apresentem práticas de estilo de vida mais saudáveis do que os alunos deslocados, procedeu-se ao cálculo do Teste T de amostras independentes. As variáveis analisadas foram a Mudança de Residência que foi operacionalizada através das dimensões Deslocados e Não Deslocados e o Estilo de Vida, operacionalizada através das dimensões: Exercício Físico, Nutrição, Autocuidado Segurança Motorizada e Uso de Drogas ou Similares. Os resultados desta análise estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. Comparação do Estilo de Vida entre alunos deslocados e não deslocados

	Mudança de Residência		t
	Deslocados	Não Deslocados	
	(n=208)	(n=221)	
	M (DP)	M (DP)	
QACS			
Exercício Físico	8.13 (3.53)	8.69 (3.84)	-1.568
Nutrição	14.69 (4.89)	15.25 (4.99)	-1.187
Autocuidado	42.20 (6.19)	43.76 (6.72)	-2.461*
Segurança Motorizada	13.36 (2.05)	13.35 (2.15)	0.074
Uso de Drogas ou Similares	24.18 (3.39)	24.24 (4.58)	-0.124

Nota: \*-  $p \leq .05$

Recorrendo à tabela 5 verificou-se que existem diferenças significativas entre alunos deslocados e não deslocados na dimensão autocuidado ( $t(425)= -2.491$ ,  $p= 0.013$ ), em que os alunos não deslocados apresentam uma média superior ( $M=43.76$ ,  $DP=6.72$ ) em relação aos alunos deslocados ( $M=42.20$ ,  $DP=6.19$ ).

### 6.1.5. Comparação do Stresse, Ansiedade e Depressão entre alunos deslocados e não deslocados

Para testar a hipótese de que é esperado que os alunos deslocados apresentem maiores níveis de stresse, ansiedade e depressão do que os alunos não deslocados, procedeu-se ao cálculo do Teste T de amostras independentes. As variáveis analisadas foram a Mudança de Residência que foi operacionalizada através das dimensões Deslocados e Não Deslocados e o Stresse, Ansiedade e Depressão. Os resultados desta análise estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6. Comparação do Stresse, Ansiedade e Depressão entre alunos deslocados e não deslocados

	Mudança de Residência		t
	Deslocados (n=208)	Não Deslocados (n=221)	
	M (DP)	M (DP)	
DASS			
Depressão	5.78 (5.34)	4.50 (4.89)	2.598**
Ansiedade	4.75 (4.62)	3.78 (4.22)	2.276*
Stresse	7.23 (5.37)	7.05 (5.36)	0.330

Nota: \*\*-  $p \leq .01$ ; \*-  $p \leq .05$

Recorrendo à tabela 6 verificou-se que existem diferenças significativas entre deslocados e não deslocados na dimensão Depressão ( $t(425)=2.598$ ,  $p=0.010$ ), em que os deslocados têm uma média superior ( $M=5.78$ ,  $DP=5.34$ ) em relação aos não deslocados ( $M=4.50$ ,  $DP=4.89$ ); e na dimensão Ansiedade ( $t(425)=2.276$ ,  $p=0.023$ ), em que os alunos deslocados têm uma média superior ( $M=4.75$ ,  $DP=4.62$ ) em relação aos não deslocados ( $M=3.78$ ,  $DP=4.22$ ).

### 6.1.6. Comparação da Adaptação Académica entre alunos deslocados e não deslocados

Para testar a hipótese de que é esperado que alunos não deslocados apresentem melhor adaptação académica do que os alunos deslocados, procedeu-se ao cálculo do Teste T de amostras independentes. As variáveis analisadas foram a Mudança de Residência que foi operacionalizada através das dimensões Deslocados e Não Deslocados e a Adaptação

Académica que foi operacionalizada através das dimensões: pessoal, interpessoal, carreira, estudo e institucional. Os resultados desta análise estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7. Comparação da Adaptação Académica entre alunos deslocados e não deslocados

	Mudança de Residência		t
	Deslocados (n=208)	Não Deslocados (n=221)	
	M (DP)	M (DP)	
QVA			
Pessoal	33.74 (10.16)	31.72 (10.03)	2.072*
Interpessoal	43.22 (6.85)	42.25 (7.30)	1.417
Vocacional	46.46 (7.85)	46.09 (7.71)	0.493
Estudo/Aprendizagem	39.00 (6.81)	40.46 (7.18)	-2.141*
Institucional	27.41 (4.29)	27.47 (4.30)	-0.137

Nota: \*-  $p \leq .05$

Recorrendo à tabela 7 verificou-se que existem diferenças significativas entre alunos deslocados e não deslocados na dimensão pessoal ( $t(426)=2.072$ ,  $p=0.039$ ), em que os alunos deslocados têm uma média superior ( $M=33.74$ ,  $DP=10.16$ ) em relação aos alunos não deslocados ( $M=31.72$ ,  $DP=10.03$ ); e na dimensão estudo/aprendizagem ( $t(425)=-2.141$ ,  $p=0.033$ ), em que os alunos não deslocados têm uma média superior ( $M=40.46$ ,  $DP=7.18$ ) em relação aos alunos deslocados ( $M=39.00$ ,  $DP=6.81$ ).

### 6.1.7. Comparação do Estilo de Vida entre Áreas de Estudo

Para testar a hipótese de que é esperado que as áreas de saúde apresentem práticas de estilo de vida mais saudáveis do que os restantes cursos, procedeu-se ao cálculo da ANOVA. As variáveis analisadas foram as Áreas de Estudo, operacionalizada pelas dimensões: Área de Ciências e da Saúde, Área de Direito, Ciências Sociais e Serviços, Área de Tecnologias, Área de Ciências da Educação e Formação de Professores, Área de Economia, Gestão e Contabilidade, Área de Educação Física, Desporto e Artes do Espetáculo e Área de Agricultura e Recursos Naturais, tendo-se excluído a Área de Arquitetura, Artes Plásticas e Design, por ser uma dimensão pouco significativa; e o Estilo de Vida, operacionalizada através das dimensões: Exercício Físico, Nutrição, Autocuidado, Segurança Motorizada e Uso de Drogas ou Similares. Os resultados desta análise estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8. Comparação do Estilo de Vida entre alunos Áreas de Estudo

		Áreas de Estudo							t
		Área de Ciências e da Saúde (n=140)	Área de Direito, Ciências Sociais e Serviços (n=98)	Área de Tecnologias (n=51)	Áreas de Ciências da Educação e Formação de Professores (n=30)	Área de Economia, Gestão e Contabilidade (n=45)	Área de Educação Física, Desporto e Artes do Espetáculo (n=34)	Área de Agricultura e Recursos Naturais (n=25)	
		M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	
QACS									
	Exercício Físico	8.34 (3.39)	7.74 (3.43)	8.20 (4.07)	8.27 (3.55)	7.98 (3.41)	11.53 (3.90)	8.40 (4.31)	4.960** *
	Nutrição	14.96 (4.51)	14.19 (5.20)	14.22 (5.58)	14.93 (5.33)	15.64 (4.59)	16.47 (4.69)	16.04 (4.60)	1.480
	Autocuidado	44.93 (5.74)	40.99 (6.81)	41.37 (7.77)	42.97 (6.55)	44.40 (5.51)	40.53 (5.72)	43.16 (5.68)	5.627** *
	Segurança Motorizada	13.68 (2.02)	13.12 (2.13)	12.98 (1.87)	13.67 (2.02)	13.71 (1.90)	12.79 (2.54)	12.84 (2.36)	2.02
	Uso de Drogas ou Similares	25.13 (3.71)	23.00 (5.02)	24.08 (4.89)	24.07 (4.76)	24.56 (4.07)	22.91 (5.38)	24.88 (3.53)	2.843**

Nota: \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$



Ao nível da dimensão exercício físico, recorrendo à tabela 8, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ( $F(6,422)=4.960$ ,  $p=0.000$ ), tendo a Área de Educação Física, Desporto e Artes do Espetáculo apresentado valores significativamente superiores comparativamente às restantes áreas. Na dimensão autocuidado, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ( $F(6,420)=5.627$ ;  $p=0.000$ ), entre a Área de Ciências e da Saúde, a Área de Tecnologias, a Área de Direito, Ciências Sociais e Serviços e a Área de Educação Física, Desporto e Artes do Espetáculo, sendo que a média diminui da primeira área para a quarta área e entre a Área de Economia, Gestão e Contabilidade e a Área de Tecnologias, sendo que a média diminui da primeira área, para a segunda. Por fim, na dimensão de drogas ou similares, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ( $F(6,421)=2.843$ ,  $p=0.010$ ), entre a Área de Ciências e da Saúde e a Área de Tecnologias, sendo que a média diminui da primeira área para a segunda.

### 6.1.8. Relação entre o Estilo de Vida e o Stresse, Ansiedade e Depressão

Para testar a hipótese de que é esperado que maiores níveis de stresse, ansiedade e depressão estejam associados a menores práticas de estilo de vida saudável, procedeu-se ao cálculo do Coeficiente de Correlação de *Pearson*. As variáveis analisadas foram o Estilo de Vida, operacionalizada através das dimensões: Exercício Físico, Nutrição, Autocuidado Segurança Motorizada e Uso de Drogas ou Similares; e o Stress, Ansiedade e Depressão. Os resultados desta análise estão apresentados na Tabela 9.

Tabela 9. Correlação entre o Estilo de Vida - Stresse, Ansiedade e Depressão

	Correlações		
	DASS_Depressão	DASS_Ansiedade	DASS_Stresse
QACS_Exercício Físico	-0.013	-0.039	-0.058
QACS_Nutrição	-0.095*	-0.76	-0.113*
QACS_Autocuidado	-0.130**	-0.116*	-0.058
QACS_Segurança Motorizada	-0.010	0.028	0.078
QACS_Uso de Drogas ou Similares	-0.070	-0.170**	-0.048

Nota: \*\*-  $p \leq .01$ ; \*-  $p \leq .05$

Recorrendo à tabela 9, ao nível da depressão, verifica-se que existem correlações estatisticamente significativas entre depressão e nutrição ( $r=-0.095$ ;  $p=0.050$ ), existindo uma correlação muito fraca de sentido negativo; e entre depressão e autocuidado ( $r=-0.130$ ;  $p=0.007$ ), existindo uma correlação fraca de sentido negativo. Ao nível da ansiedade, verifica-se que existem correlações estatisticamente significativas entre ansiedade e autocuidado ( $r=-0.116$ ;  $p=0.017$ ), existindo uma correlação fraca de sentido negativo; e entre ansiedade e a não utilização de drogas ou similares ( $r=-0.179$ ;  $p=0.000$ ), existindo uma correlação fraca de sentido negativo. Ao nível do stresse, verifica-se que existem correlações estatisticamente significativas entre stresse e nutrição ( $r=-0.113$ ;  $p=0.020$ ), existindo uma correlação fraca de sentido negativo.

### 6.1.9. Relação entre o Estilo de Vida e a Adaptação Académica

Para testar a hipótese de que é esperado que maiores níveis de adaptação académica estejam associados a maiores práticas de estilo de vida saudável, procedeu-se ao cálculo do Coeficiente de Correlação de *Pearson*. As variáveis analisadas foram o Estilo de Vida, operacionalizada através das dimensões: Exercício Físico, Nutrição, Autocuidado Segurança Motorizada e Uso de Drogas ou Similares; e a Adaptação Académica que foi operacionalizada através das dimensões: pessoal, interpessoal, carreira, estudo e institucional. Os resultados desta análise estão apresentados na Tabela 10.

Tabela 10. Correlação entre o Estilo de Vida – Adaptação Académica

	Correlações				
	QVA_ pessoal	QVA_ interpessoal	QVA_ carreira	QVA_ estudo	QVA_ Institucional
QACS_Exercício Físico	-0.052	0.119*	0.037	0.098*	0.000
QACS_Nutrição	-0.112*	0.093	0.122*	0.319**	0.040
QACS_Autocuidado	-0.141**	-0.039	0.035	0.216**	0.043
QACS_Segurança Motorizada	0.022	-0.032	0.058	0.084	0.105*
QACS_Uso de Drogas ou Similares	-0.095*	-0.109*	0.022	0.070	0.108*

Nota: \*\*-  $p \leq .01$ ; \*-  $p \leq .05$

Recorrendo à Tabela 10, ao nível da dimensão pessoal, verifica-se que existem correlações estatisticamente significativas entre pessoal e nutrição ( $r=-0,112$ ;  $p=0,021$ ), existindo uma correlação fraca de sentido negativo; entre pessoal e autocuidado ( $r=-0,141$ ,  $p=0,003$ ), existindo uma correlação fraca de sentido negativo; e entre pessoal e a não utilização de drogas ou similares ( $r=-0,095$ ;  $p=0,049$ ), existindo uma correlação muito fraca de sentido negativo. Ao nível da dimensão interpessoal, verifica-se que existem correlações estatisticamente significativas entre pessoal e exercício físico ( $r=0,119$ ;  $p=0,014$ ), existindo uma correlação fraca de sentido positivo; e entre interpessoal e a não utilização de drogas ou similares ( $r=-0,109$ ;  $p=0,024$ ), existindo uma correlação fraca de sentido negativo. Ao nível da dimensão vocacional, verifica-se que existem correlações estatisticamente significativas entre vocacional e nutrição ( $r=0,122$ ;  $p=0,012$ ), existindo uma correlação fraca de sentido positivo. Ao nível da dimensão estudo/aprendizagem, verifica-se que existem correlações estatisticamente significativas entre estudo/aprendizagem e exercício físico ( $r=0,098$ ;  $p=0,043$ ), existindo uma correlação muito fraca de sentido positivo; entre estudo/aprendizagem e nutrição ( $r=0,319$ ;  $p=0,000$ ), existindo uma correlação moderada de sentido positivo; e entre estudo/aprendizagem e autocuidado ( $r=0,216$ ;  $p=0,000$ ), existindo uma correlação fraca de sentido positivo. Ao nível da dimensão institucional, verifica-se que existem correlações estatisticamente significativas entre institucional e segurança motorizada ( $r=0,105$ ;  $p=0,030$ ), existindo uma correlação fraca de sentido positivo; e entre institucional e a não utilização de drogas ou similares ( $r=0,108$ ;  $p=0,026$ ), existindo uma correlação fraca de sentido positivo.

## 6.2. Discussão

Este estudo teve como objetivo estudar o impacto das variáveis estilo de vida, stresse, ansiedade, depressão e adaptação académica, nos estudantes de 1ºano. Mais especificamente, comparar o estilo de vida, o stresse, a ansiedade e depressão e a adaptação académica entre géneros; comparar o estilo de vida, o stresse, a ansiedade e depressão e a adaptação académica entre alunos deslocados e não deslocados; comparar o estilo de vida entre diferentes áreas de estudo; estudar a relação entre estilo de vida e stresse, ansiedade e depressão; e estudar a relação entre estilo de vida e adaptação académica.

Quanto à hipótese 1 em que era esperado que as mulheres apresentassem práticas de estilo de vida mais saudável que os homens, os resultados deste estudo confirmaram esta hipótese, no sentido em que as mulheres apresentam uma média superior na dimensão

autocuidado e segurança motorizada, enquanto os homens apenas apresentam uma média superior no exercício físico.

Estes resultados, em parte vão ao encontro com os obtidos por Soto et al. (2009), que verificaram que as mulheres apresentam um maior número de dimensões saudáveis. Também vai em parte ao encontro com os resultados obtidos por Branco (2010) que evidenciaram que as mulheres apresentavam médias superiores na dimensão de autocuidado e uso de drogas ou similares e que os homens apresentavam médias superiores na dimensão exercício físico. Esta diferença entre géneros pode ser explicada por um lado pelas mulheres terem uma melhor capacidade de cuidar delas próprias e por outro por optarem por um estilo de vida mais sedentário que os homens (Soto et al., 2009).

Quanto à hipótese 2 em que era esperado que as mulheres apresentem maiores níveis de stresse, ansiedade e depressão do que os homens, os resultados deste estudo apenas confirmam parte desta hipótese, em que as mulheres apresentam maiores níveis de stresse do que os homens. Desta forma, ao nível do stresse os resultados do nosso estudo vão de encontro ao estudo de Luz et al. (2009), que evidenciaram que as mulheres apresentam níveis mais elevados de stresse do que os rapazes. Também Veríssimo et al. (2011) verificaram que as mulheres parecem ser mais vulneráveis às manifestações de stresse do que os homens, bem como que as mulheres evidenciam mais manifestações cognitivo-emocionais, enquanto os homens evidenciam um maior predomínio de manifestações comportamentais.

Segundo Calais et al. (2003), estas diferenças entre géneros podem resultar do facto de as mulheres terem mais situações de stresse que os homens, uma vez que é frequente as mulheres além do estudo, terem também de gerir o trabalho, os filhos, a casa, entre outros. Além disso, as mulheres também têm maiores aptidões na componente de verbalização dos seus sentimentos do que os homens, podendo também explicar esta diferença nos resultados (Scott, 1992). Do ponto de vista biológico, Seeman (1997) considera que as flutuações cíclicas do estrogénio e progesterona, presentes nas mulheres, levam ao aumento das respostas ao stresse.

Ao nível da ansiedade, os resultados encontrados não estão de acordo com os encontrados na literatura, que evidenciavam que as mulheres têm níveis mais elevados de ansiedade (Carvalho et al., 2015; Jansen et al., 2011; Vaysse et al., 2014). Seria de esperar que as mulheres evidenciassem maiores níveis de ansiedade por um lado, por apresentarem maiores expectativas relativamente ao curso, investindo mais nas atividades académicas, do que os rapazes (Almeida et al., 2003), por outro, por terem maiores dificuldades em seguir

uma carreira que lhe permita uma maior independência, estabilidade social e económica, enfrentado maiores conflitos que os homens (Carvalho et al., 2015).

Ao nível da depressão, os resultados não estão de acordo aos encontrados na literatura, que evidenciavam que as mulheres tinham uma maior prevalência de depressão que os homens (Al-Faris et al., 2012; Claudino & Cordeiro, 2006; Jadoon et al., 2010; Neves & Dalgalarondo, 2007; Paula et al., 2014; Santos, 2011). Esta situação era esperada devido às exigências manifestadas pela sociedade atual; pelo sexo feminino atingir a maturidade de forma mais precoce, devido aos seu desenvolvimento físico e psíquico ser mais rápido do que o sexo masculino, encarando com maior responsabilidade as exigências (Claudino & Cordeiro, 2006); pelas mulheres exercerem vários papéis, além de ser estudantes e/ou trabalharem, têm de cuidar dos seus filhos e da casa; e pelas alterações de humor resultantes de influências hormonais (Brandtner & Bardagi, 2009).

Ao nível da ansiedade e depressão, é possível que neste estudo não se tenham encontrado diferenças entre géneros pelo facto da população ser jovem; como são alunos do 1ºano, é possível que ainda não tenham definido os seus objetivos enquanto carreira e futuro; e pela amostra ser constituída por jovens que já desenvolveram a sua identidade (Silva e Costa, 2005).

Quanto à hipótese 3 era esperado que os homens apresentassem melhor adaptação académica dos que as mulheres, os resultados deste estudo não confirmam esta hipótese, não existindo diferenças significativas entre géneros ao nível da adaptação académica. Estes resultados vão contra o encontrado no estudo de Fernandes (2011), que verificou que as mulheres teriam uma melhor adaptação ao nível da dimensão estudo, em relação aos homens, apresentando assim mais competências de estudo, bem como uma melhor gestão do tempo e dos recursos de aprendizagem disponíveis, apesar de relativamente ao total da escala QVA-r os homens revelam um maior ajustamento global que as mulheres. Também Dinis (2013) verificou que os homens têm uma melhor adaptação ao nível da dimensão pessoal, que as mulheres, bem como, Seco et al. (2005) encontraram diferenças na dimensão estudo, em que as mulheres pontuam mais que os rapazes e na dimensão pessoal e institucional em que os rapazes pontuam mais.

Apesar dos resultados deste estudo evidenciarem que não existem diferenças significativas ao nível da dimensão pessoal e institucional a média das mulheres é ligeiramente superior ao dos homens, sendo o oposto ao encontrado nos estudos

anteriormente referidos. Ao nível da dimensão estudo as mulheres apresentam uma média ligeiramente superior, como seria de esperar.

Quanto à hipótese 4 era esperado que os alunos não deslocados apresentassem práticas de estilo de vida mais saudáveis do que os alunos deslocados, os resultados deste estudo mostraram que os alunos não deslocados apresentavam mais comportamentos que facilitavam a prevenção ou a deteção precoce de doenças (autocuidado) que os alunos deslocados, confirmando em parte a hipótese.

Apesar de não terem sido encontrados resultados que explicassem estas diferenças, segundo Dworkin (2005) os alunos não deslocados, por manterem mais contacto com os pais, sentem-se obrigados a respeitar mais as crenças dos seus pais. Por outro lado, o facto de os alunos deslocados se encontrarem mais autónomos que os não deslocados (Dinger & Waigandt, 1997), leva a que tenham de assumir responsabilidades das quais não estavam habituados, como cuidar da sua saúde, negligenciando os cuidados necessários para a prevenção ou deteção precoce de doenças. Além disso, os estudantes ao terem consciência da sua liberdade e da ausência da responsabilidade justificam a adesão aos comportamentos de risco, com o facto de mais tarde não terão oportunidade de realizar certas ações (Ravert, 2009).

Quanto à hipótese 5 era esperado que os alunos deslocados apresentassem maiores níveis de stresse, ansiedade e depressão do que os alunos não deslocados, os resultados deste estudo confirmaram parte da hipótese, revelando que os alunos deslocados são mais depressivos e ansiosos que os alunos não deslocados. Ao nível da depressão, estes resultados estão de acordo com outros estudos, que relataram que os alunos deslocados apresentavam níveis de depressão mais elevados que os alunos não deslocados (Claudino & Cordeiro, 2006; Hafen et al., 2006). Esta situação está, possivelmente, relacionada com fatores de ordem emocional e de suporte social, sendo que os alunos deslocados podem não receber o apoio que precisam, nomeadamente da família (Claudino & Cordeiro, 2006); e com o conceito de *homesickness* que é considerado um preditor da depressão ou como depressão reactiva à saída de casa (Hafen et al., 2006).

Relativamente à ansiedade, estes resultados estão de acordo com os resultados apresentados por Almeida (2014), que verificaram que os alunos deslocados eram mais ansiosos que os alunos não deslocados. Tal como a depressão, estas diferenças podem ser explicadas pela falta de apoio social, recompensas insuficientes pelo seu trabalho e fraco desempenho cognitivo (Claudino & Cordeiro, 2006).

Ao nível do stresse, os resultados não estão de acordo com o encontrado por Luz et al (2009), que evidenciaram maiores níveis de stresse por parte dos alunos deslocados, do que pelos alunos não deslocados. O apoio social funciona como um facilitador para a adaptação no ensino superior (Diniz & Almeida, 2005), no entanto a família também pode constituir uma fonte de stresse (Dunkel-Schetter & Lobel, 1990), podendo explicar a ausência de diferenças significativas entre os alunos deslocados e não deslocados.

Quanto à hipótese 6, em que era esperado que os alunos não deslocados apresentassem melhor adaptação académica do que os alunos deslocados, os resultados só confirmam em parte esta hipótese, revelando que os alunos não deslocados têm uma melhor adaptação ao nível da dimensão estudo, do que os deslocados, ou seja que os alunos não deslocados têm mais competências de estudo, rotinas de estudo, gerem melhor o tempo e utilizam mais a biblioteca que os alunos deslocados. Outro resultado que não confirma a hipótese é de que os alunos deslocados têm melhor adaptação ao nível da dimensão pessoal, do que os não deslocados, ou seja, os alunos deslocados são mais independentes dos outros e têm mais iniciativa, mais auto-confiança, satisfação afetiva, entre outros, do que os alunos não deslocados.

Os resultados ao nível da dimensão estudo vão de encontro com resultados obtidos por Fernandes (2011) e por Seco et al. (2005), que evidenciavam que os alunos não deslocados tinham melhor adaptação ao nível da dimensão estudo, do que os alunos deslocados, podendo ser explicado pelo facto de viverem com os pais e de terem de corresponder às expectativas destes (Dunkel-Schetter & Lobel, 1990) e de terem maior suporte social (Diniz & Almeida, 2005). Relativamente à dimensão pessoal, os resultados vão contra os resultados encontrados na literatura (Fernandes, 2011; Seco et al., 2005; Costa & Leal, 2008), que revelaram que os alunos não deslocados tinham uma melhor adaptação ao nível da dimensão pessoal. Esta situação pode ser explicada pela maior independência do alunos deslocados em relação aos pais, que leva a que sejam mais autoconfiantes e independentes, conseguido construir a sua identidade (Silva & Costa, 2005).

Quanto à hipótese 7 em que era esperado que as áreas de saúde apresentassem práticas de estilo de vida mais saudáveis do que os restantes cursos, os resultados deste estudo confirmam esta hipótese, revelando que a Área de Ciências e da Saúde apresentam mais práticas saudáveis ao nível da dimensão autocuidado e da dimensão de drogas ou similares do que os restantes cursos. No entanto a Área de Educação Física, Desporto e Artes do Espetáculo apresentam mais práticas saudáveis na dimensão de exercício físico.

Os resultados vão de encontro ao obtido por Albuquerque e Matos (2003) que percebeu que as áreas de formação da saúde apresentam estilos de vida mais saudáveis do que os restantes. Segundo estes autores estas diferenças devem-se ao facto das Áreas da Saúde receberem durante o período de formação científica, conhecimentos relativos à promoção de saúde e de estilos de vida saudáveis. No entanto, o facto de a Área de Educação Física, Desporto e Artes do Espetáculo apresentar mais práticas saudáveis na dimensão de exercício físico, pode ser explicado pela formação e conhecimentos que recebem no seu percurso académico.

Quanto à hipótese 8 de que é esperado que maiores níveis de stresse, ansiedade e depressão estão associados a menores práticas de estilo de vida saudável, os resultados deste estudo confirmam a hipótese, revelando que quanto menores cuidados com comportamentos preventivos e de deteção de doença (autocuidado) e menores cuidados com a escolha de alimentos (nutrição), maiores são os níveis de depressão; quanto menores cuidados com comportamentos preventivos e de deteção de doença (autocuidado) e menores os comportamentos de evitamento do uso de drogas ou similares, maiores são os níveis de ansiedade; e quanto menores são os cuidados com a escolha de alimentos (nutrição) maiores os níveis de stresse.

Ao nível da depressão, os resultados estão de acordo com a literatura que revelaram que quanto maior a sintomatologia depressiva, maiores são os comportamentos de risco e piores são os hábitos alimentares (Almeida, 2014). Do ponto de vista alimentar, estudos evidenciam que os alimentos ricos em açúcar, hidratos de carbono e gordura são consumidos devido à melhoria de humor resultante do seu consumo. Assim é possível compreender as preferências que alguns indivíduos deprimidos têm por este tipo de alimentos, que procuram um alívio para os seus sintomas depressivos (Christensen, 2001).

Ao nível da ansiedade, os resultados estão de acordo com a literatura, que revelava que quanto maior a sintomatologia ansiosa maiores são os comportamentos de risco, o consumo de tabaco e de outras drogas (Almeida, 2014). Para Noriega (2005), existe um conjunto de problemas que influencia diretamente os níveis de ansiedade como a solidão, adaptação, autoconceito, relações interpessoais, adaptação a um novo tipo de ensino, metodologias de estudo e avaliação. Segundo a Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (SPESM, 2010, cit in Almeida, 2014) os consumos de substâncias devem-se a estados de ansiedade, risco de suicídio e questões de isolamento.



Ao nível do stresse, os resultados estão de acordo com a literatura que verificou que quanto mais stresse académico experienciam, maiores são os comportamentos menos positivos para a saúde (Dias et al., 2001; Loureiro, 2006; Martinho, 2006). A nutrição desequilibrada é considerada um indutor de stresse nos estudantes do ensino superior (Amaral & Silva, 2008), podendo ser explicada com a falta de tempo para realizar refeições saudáveis e o facto de ser mais fácil trocar uma refeição por um lanche rápido, além de ser mais conveniente, tem menos custos (Davy et al., 2006).

Por fim, quanto à hipótese 9 em que era esperado que maiores níveis de adaptação académica estivessem associados a maiores práticas de estilo de vida saudável, os resultados não confirmaram a hipótese, evidenciando que ao nível da dimensão pessoal quanto menos cuidado com a escolha de alimentos e menos cuidados na prevenção da doença, mais autoconfiança, independência, bem-estar psicológico e físico e que quanto menor cuidado no evitamento de uso de drogas e similares mais autoconfiança, independência, bem-estar psicológico e físico; na dimensão interpessoal, quanto maiores cuidados com o exercício físico e menor cuidado no evitamento de drogas, mais relacionamentos com os colegas e maiores competências de relacionamento em situações de maior intimidade ou relações significativas; na dimensão vocacional, quanto mais cuidados na escolha de alimentos mais os alunos se centram nos projetos vocacionais (carreira profissão) e há mais satisfação com o curso frequentado; na dimensão estudo aprendizagem, quanto maiores são as competências de estudo, maiores são os cuidados com o exercício físico, com a escolha de alimentos e com os cuidados na prevenção da doença; e na dimensão institucional, quanto maiores cuidados na segurança motorizada, maior a adaptação ao nível da instituição e quanto maiores cuidados com o evitamento de drogas ou similares maior adaptação ao nível da instituição.

Quanto aos resultados obtidos entre a dimensão pessoal e as várias dimensões dos estilos de vida, parte destes resultados vão contra os resultados obtidos por Costa (2008), que evidenciou que a vivência de estilos de vida mais saudáveis promove melhores níveis de adaptação académica. A relação entre a dimensão pessoal e nutrição, pessoal e autocuidado, pessoal e uso de drogas ou similares e interpessoal e uso de drogas ou similares, pode justificar-se com o facto de que a universidade facilitar a experimentação (Dworkin, 2005), além dos estudantes justificarem a adesão aos comportamentos de risco com o facto de que mais tarde não terão oportunidade de realizar certas ações (Ravert, 2009).

Quanto aos resultados entre a dimensão interpessoal e o exercício físico, o facto dos estudantes universitários praticarem exercício físico favorece o estabelecimento de novas

relações e permite que se sintam bem e com a sua imagem (ISSP, 1992), sendo possível compreender que alunos que realizem exercício físico tenham mais relacionamentos com os colegas e maiores competências de relacionamento em situações de maior intimidade.

Ao nível da relação entre a dimensão vocacional e estudo aprendizagem e as dimensões dos estilos de vida, os resultados estão de acordo com os encontrados por Costa (2008) que evidenciou que a vivência de estilos de vida mais saudáveis promove melhores níveis de adaptação académica.

Quanto à relação entre a dimensão institucional e segurança motorizada, e institucional e uso de drogas ou similares, também este resultados vão de encontro aos obtidos por Costa (2008).

## Conclusão

O objetivo desta Dissertação foi estudar o impacto das variáveis estilo de vida, stresse, ansiedade, depressão e adaptação académica nos estudantes universitários de 1ºano.

Os resultados de uma forma geral estiveram de acordo com a literatura, no entanto os estilos de vida são um tema pouco estudado na população universitária e por isso, algumas hipóteses ou partes de hipóteses não foram confirmadas.

Desta forma, os resultados mostram que as mulheres apresentam um estilo de vida mais saudável que os homens, possivelmente pelas mulheres apresentarem uma melhor capacidade de cuidarem de si próprias (Soto et al., 2009). No entanto os estilos de vida têm diversas influências, nomeadamente culturais, sociais, religiosas, socioeconómicas, ambientais e educacionais, que levam a que cada pessoa realize escolhas de forma a ter uma melhor existência, podendo ser estas distintas influências que levem a esta diferença entre géneros. As mulheres têm níveis mais elevados de stresse que os homens, pelo facto de terem mais situações indutoras de stresse, como o trabalho, os filhos e os estudos e consequentemente haver uma maior esforço no sentido de repor o equilíbrio. Além disso, as mulheres têm uma melhor capacidade de verbalizar os sentimentos (Scott, 1992) e são mais vulneráveis às manifestações do stresse (Veríssimo et al., 2011).

No que respeita aos alunos não deslocados, estes apresentam mais comportamentos que facilitam a prevenção de doenças, do que os alunos deslocados, sendo esta situação compreensível pelo facto dos alunos deslocados terem de assumir a responsabilidade por si próprios, não tendo o suporte familiar a que estavam habituados. Na presente investigação os alunos deslocados revelaram-se mais depressivos e ansiosos dos que os não deslocados. Quanto à ansiedade o facto de estarem longe do seu suporte familiar pode influenciar na avaliação que fazem dos estímulos que consideram perigosos, subestimando os seus recursos de *coping* para lidar com as situações. Quanto à depressão pode supor-se que a solidão influencia na visão negativa de si próprio, do mundo e do futuro. Os alunos não deslocados têm uma melhor adaptação ao nível da dimensão estudo do que os alunos deslocados, possivelmente por terem de corresponder com as expectativas dos pais (Dunkel-Schetter & Lobel, 1990).

A avaliação sobre os diferentes cursos demonstrou que as áreas da saúde apresentam práticas de estilo mais saudável do que as restantes, provavelmente pela formação que receberam durante o curso. Os níveis de stresse, ansiedade e depressão estão associados a

menores práticas de estilo de vida saudável. Quanto ao stresse esta situação pode-se explicar pelo facto de perante uma situação indutora de stresse, existe um aumento da ativação simpática que prepara o organismo para a ação, desta forma, enquanto o sujeito se encontra na chamada de alarme a alimentação deixa de ser uma prioridade, havendo muitas vezes a troca de refeições por lanches rápidos. Existem algumas dimensões dos estilo de vida que promovem uma melhor adaptação académica, contudo nem sempre isso acontece, possivelmente pela universidade facilitar a experimentação (Dworkin, 2006) e pelos estudantes justificarem a adesão aos comportamentos de risco com o facto de mais tarde não terem oportunidade de realizar certas ações (Ravert, 2009).

Julgo que este estudo contribuiu para a compreensão da importância do estilo de vida nos estudantes universitários, que é uma área em que há muito pouca investigação realizada.

Neste estudo são consideradas algumas limitações. Primeiro o facto de o questionário ser demasiado extenso pode ter levado ao enviesamento dos resultados. Segundo, o facto de não haver muitos estudos relativamente ao estilo de vida impediu a comparação devida dos resultados. Terceiro, o facto de ser um estudo transversal, impede-nos de compreender a evolução do estilo de vida dos estudantes universitários ao longo do curso e assim compreender que estilos de vida permanecem no seu futuro.

## Referências

- Adelmann, P. (2005). Social environmental factors and preteen health-related behaviours. *Journal of Adolescent Health*, 36, 36-47.
- Adewuya, A. (2006). Prevalence of major depressive disorder in Nigerian college students with alcohol-related problems. *General Hospital Psychiatry*, 28, 169-173.
- Albuquerque, C., & Matos, A. (2003). Estilo de Vida, Percepção e Estado de Saúde em estudantes do Instituto Politécnico de Viseu: Influência da área de formação. *Millenium*, 28 (15), 184-200. Retirado a 15 de outubro, 2015, em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/605/1/Estilo%20de%20vida.pdf>.
- Albuquerque, C., & Oliveira, C. (2002). Saúde e doença: significações e perspetivas em mudança. *Millenium*. Retirado a 15 de janeiro, 2015, em [http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25\\_27.htm](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm).
- Albuquerque, T. (2008). Do abandono à permanência num curso de ensino superior. *Sísifo:Revista de Ciências da Educação*, pp. 19-28. Retirado a 23 de dezembro, 2014, em [https://www.researchgate.net/publication/28240665\\_Do\\_abandono\\_a\\_permanencia\\_num\\_curso\\_de\\_ensino\\_superior](https://www.researchgate.net/publication/28240665_Do_abandono_a_permanencia_num_curso_de_ensino_superior).
- Alcalá, M., Azañas, S., Moreno, C., & Gálvez, L. (2002). Consumo de alcohol, tabaco y outras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes. *Medicina de la familia*, 3 (2), 81-87. Retirado a 28 de setembro, 2015, em <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n2/03.pdf>
- Alcântara da Silva, P., Borrego, R., Ferreira, V. S., Lavado, E., Melo, R., Rowland, J., & Truninger, M. (2015). *Consumo e Estilos de Vida no Ensino Superior: o caso dos estudantes da ULisbola - 2012*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD). Retirado a 17 de dezembro, 2014, em [http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTUDOS/Attachments/154/Monografia.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/154/Monografia.pdf)
- Aldana, S., Whitmer, W., Greenlaw, R., Avins, A., Thomas, D., & Salberg, A. (2006). Effect of Intense Lifestyle Modification and Cardiac Rehabilitation on Psychosocial Cardiovascular Disease Risk Factors and Quality of Life. *Behaviour Modification*, 30, 507-525.

- Al-Faris, E., Irfan, F., Van der Vleuten, C., Naeem, N., Alsalem, A., Alamiri, N., . . . Ababtais, A. (2012). The prevalence and correlates of depressive symptoms from an Arabian setting: a wakeup call. *Medical teacher*, 34 (1), s32-36.
- Almeida, L. S. (2007). Transição, Adaptação académica e êxito escolar no Ensino Superior. *Revista Galego Portuguesa de Psicología e Educación*, 15(2), 203-215. Retirado a 15 de junho, 2015, em [http://ruc.udc.es/bitstream/2183/7078/1/RGP\\_15-14\\_Cong.pdf](http://ruc.udc.es/bitstream/2183/7078/1/RGP_15-14_Cong.pdf).
- Almeida, J. S. P. (2014). A Saúde Mental Global, a Depressão, a Ansiedade e os Comportamentos de Risco nos Estudantes do Ensino Superior: Estudo de Prevalência e Correlação. Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa para obtenção do grau de doutor, orientada por Ricardo Gusmão, Lisboa. Retirado: Novembro, 21, 2015, de <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2939/1/tese.pdf>.
- Almeida, L., Gonçalves, A., Salgueira, A., Soares, A., Machado, C., Fernandes, E., . . . Vasconcelos, R. (2003). Expectativas de envolvimento académico à entrada na universidade: estudo com alunos da Universidade do Minho. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8 (1), 3-15. Retirado a 15 de junho, 2015, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12108/1/Almeida%20et.al.%2c%202003.pdf>.
- Almeida, L. S. & Nogueira, C. I. F. (2002). Investimento extracurricular e seu impacto diferencial na adaptação e rendimento académico em alunos do ensino superior. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 6(8), 321-328. Retirado a 15 de junho, 2015, em [http://ruc.udc.es/bitstream/2183/6920/1/RGP\\_8-21.pdf](http://ruc.udc.es/bitstream/2183/6920/1/RGP_8-21.pdf).
- Almeida, L. S., Soares, A. P., Ferreira, J. A. (2002). Questionário de Vivências Acadêmicas (QVA-r): Avaliação do ajustamento dos estudantes universitários. *Avaliação Psicológica*, 2, 81-93.
- Almondes, K., & Araújo, J. (2003). Padrão de ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 8 (1), 37-43. Retirado a 28 de novembro, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17233.pdf>.
- Alves, R. (2011). *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa [online]*. Campina Grande: EDUEPB.

- Amaral, A., & Silva, C. (2008). Estado de Saúde, stress e desempenho académico numa amostra de estudantes do ensino superior. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 42 (1), 111-113. Retirado a 26 de novembro, 2015, em <http://iduc.uc.pt/index.php/rppedagogia/article/view/1230/678>.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR)* (4º Edição, Texto Revisto ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anand , P., Kunnumakara, A., Sundaram, C., Harikumar, K., Tharakan, S., & Lai, O. (2008). Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes. *Pharmaceutical Research*, 25, 2097-2211. Retirado a 26 de novembro, 2015, em [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515569/pdf/11095\\_2008\\_Article\\_9661.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515569/pdf/11095_2008_Article_9661.pdf).
- Andrade, L., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (6), 285-290.
- Ansari, W. E., Stock, C., John, J., Deeny, P., Philips, C., Snelgrove, S., . . . Mabhala, A. (2011). Health Promoting Behaviours and Lifestyle Characteristics of students at seven universities in the UK. *Central European Journal of Public Health*, 19 (4), 197-204. Retirado a 27 de novembro, 2015, em <http://apps.szu.cz/svi/cejph/archiv/2011-4-03-full.pdf>.
- Apóstolo, J., Tanner, B., & Arfken, C. (2012). Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da Depression Anxiety Stress Scale-21. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (3), 590-596. Retirado a 20 de outubro, 2015, em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a22v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a22v20n3.pdf).
- Araújo, B., Almeida, L., & Paúl, M. (2003). Transição e adaptação académica dos estudantes à escola de enfermagem. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5 (1), 56-64. Retirado a 15 de outubro, 2015, em <http://www.redalyc.org/pdf/287/28750107.pdf>.
- Atkinson, R., Atkinson, R., Smith, E., Dary, B., Nolen-Hoeksema, S., & Smith, C. (2002). *Introdução à psicologia de Hilgard*. Porto Alegre: Artmed.
- Batista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Revista Psicologia*, 19 (1/2), 266-277. Retirado a 12 de outubro, 2015, em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v19n1-2/v19n1-2a13.pdf>.
- Batista, R., & Almeida, L. (2002). Desafios da transição e vivências académicas: análise segundo a opção de curso e mobilidade. In A. Pouzada, L. Almeida, & R.

- Vasconcelos, *Contextos e Dinâmicas da vida académica* (pp. 167-174). Guimarães: Universidade do Minho.
- Bauer, S. (2002). *Da Ansiedade à Depressão - da psicofarmacologia à psicoterapia*. São Paulo: Livro Pleno.
- Beck, A., & Clark, D. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 49-58.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artemed Editora.
- Bernardino, O., Pereira, A., & Gomes, J. (2005). Transição e Adaptação à Universidade: que tipos de suporte social? In A. Pereira, & E. Motta, *Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção - Actas do Congresso Nacional* (pp. 367-374). Coimbra: SASUC Edições. Retirado a 23 de outubro, 2015, em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11543/1/Transi%C3%A7%C3%A3o%20e%20Adapta%C3%A7%C3%A3o%20Acad%C3%A9mica.pdf>.
- Blanchard, C., Courneya , K., & Stein, K. (2008). Cancer Survivors' Adherence to Lifestyle Behaviour Recommendations and Associations With Health-Related Quality of Life: Results from the American Cancer Society's SCS-II. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 2198-2204. Retirado a 28 de novembro, 2015, em <http://jco.ascopubs.org/content/26/13/2198.full>.
- Bouteyre, E., Maurel, M., & Bernaud, J. (2007). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in france: The role of coping and social support. *Stress and Health*, 23 (2), 93-99.
- Branco, N. S. M. (2010). *Estilos de Aprendizagem de Estudantes de Enfermagem do 1º Ciclo de Estudos: A influência da Família e dos Estilos de Vida na forma preferencial de aprender*. Tese apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve para a obtenção do grau de mestre, orientada por Filipe Gamboa Nave, Faro. Retirado: Novembro, 26, 2015, de <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/2932/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20S%C3%A9rgio%20Branco.pdf>.



- Brandtner, M., & Bardagi, M. (2009). Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2 (2), 81-91. Retirado a 28 de novembro, 2015, em <http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/67/49>.
- Buss, P., & Ferreira, J. (1998). *Promoção da saúde e a saúde pública: contribuições para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- Cabral, J., & Matos, P. (2010). Preditores da adaptação à Universidade: o papel da vinculação, desenvolvimento psicossocial e coping. *Psychologica*, 52 (1), 55-77. Retirado a 15 de novembro, 2015, em <http://iduc.uc.pt/index.php/psychologica/article/view/990/439>.
- Calais, S., Andrade, L., & Lipp, M. (2003). Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (2), 257-263. Retirado a 28 de setembro, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n2/a05v16n2.pdf>.
- Calais, S., Carrara K., Brumm, M., Batista, K., Yamada, K., & Oliveira, S. (2007). Stress entre calouros e veteranos de jornalismo. *Estudo Psicologia*, 24 (1), 69-77. Retirado a 25 de novembro, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a08.pdf>.
- Camelo, S., & Angerami, E. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12 (1), 14-21. Retirado a 26 de novembro, 2015, em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000100003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000100003&script=sci_abstract&tlng=pt).
- Campos, R., & Gonçalves, B. (2004). Alguns dados sobre prevalência da sintomatologia depressiva na população universitária portuguesa. *Actas da X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (pp. 50-53). Braga: Psiquilíbrios.
- Carrasco, A. (2004). Consumo de alcohol y estilos de vida: una tipologia de los adolescentes españoles. *Revista de Psicologia Social*, 16, 189-198.
- Carvalho, A. (1996). Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1(1).104-121. Retirado a 27 de janeiro, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v1n1/1413-8123-csc-01-01-0104.pdf>.
- Carvalho, E., Bertolini, S., Milani, R., & Martins, M. (2015). Índice de Ansiedade em Universitários Ingressantes e Concluintes de uma Instituição de Ensino Superior.

- Ciência, Cuidade e Saúde*, 14 (3), 1290-1298. Retirado a 26 de novembro, 2015, em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/23594/15278>.
- Cavestro, J., & Rocha, F. (2006). Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(4), 264-267. Retirado a 25 de novembro, 2015, em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0047-20852006000400001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0047-20852006000400001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
- Christensen, L. (2001). The effect of food intake on mood. *Clinical Nutrition*, 20, 131-166.
- Claudino, J., & Cordeiro, R. (2006). Níveis de Ansiedade e Depressão nos alunos de Licenciatura em Enfermagem: o Caso Particular dos Alunos da Escola Superior de Saúde den Portalegre. *Educação, ciência e tecnologia*, 32, 197-210 . Retirado a 17 de novembro, 2015, em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium32/15.pdf>.
- Conner, M., & Norman, P. (1996). *Predicting health behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- Costa, S. I. F. (2008). Saúde e Bem-Estar na Transição para o Ensino Superior: Influência dos Estilos de Vida nos Processos de Adaptação. Tese apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve para a obtenção do grau de mestre, orientada por José Carlos Pestana dos Santos Cruz, Faro. Retirado: novembro, 28, 2015, de: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/229/1/TESE%20S%C3%B3nia%20Carvalho%20Costa%20em%20PDF.pdf>.
- Costa, E., & Leal, I. (2008). Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do ensino superior - Avaliar para intervir. In I. Leal, J. Pais Ribeiro, I. Silva, & S. Marques, *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 213-216). Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Retirado a 17 de novembro, 2015, em <http://www.isabel-leal.com/Portals/1/PDFs/7congresso/vii-congresso-saude-pp-213-216.pdf>.
- Costa, V., & Oliveira, A. (2012). Estudo comparativo dos indicadores de sintomas de estresse e ansiedade entre estudantes entrantes e concluintes do curso de psicologia. *Anais IV SIMPAC*, 4 (1), 177-182. Retirado a 16 de novembro, 2015, em <https://academico.univcosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/viewFile/213/375>.
- Cruz, M., Pinto, J., Ameida, M., & Aleluia, S. (2010). A ansiedade nos estudantes do ensino superior: um estudo com estudantes do 4ºano do curso de licenciatura em

- enfermagem da escola superior de saúde de viseu. *Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde*, 38, 223-242. Retirado a 20 de novembro, 2015, em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/305/1/Ansiedade%20nos%20estudantes%20do%20ensino%20superior..pdf>.
- Davy, S., Benes, B., & Driskell, L. (2006). Sex differences in dieting trends, eating habits, and nutrition beliefs of a group of midwestern college students. *Journal of the American Dietetic Association*, 106 (10), 1673-1677.
- Del Porto, J. (1999). Conceito e Diagnóstico. *Revista Brasileira de PSiquiatria*, 21 (1), 6-11.
- Dias, M., Costa, A., Manuel, P., Neves, A., Geada, M., & Justo, J. (jul/dez de 2001). Comportamentos de saúde em estudantes que frequentam licenciaturas no âmbito das ciências da saúde. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, 207-220. Retirado a 25 de novembro, 2015, em <http://www.redalyc.org/pdf/287/28730210.pdf>.
- Dinger, M., & Waigandt, A. (1997). Dietary intake and physical activity behaviours of male and female college students. *Amercian Journal of Health Promotion*, 11, 360-362.
- Dinis, A. C. A. (2013). Adaptação Académica, Apoio Social e Bem-Estar Subjetivo dos Estudantes do Ensino Superior: Um estudo nas Residências Universitárias. Tese apresentada para a obtenção do grau de mestre, orientada por Joaquim Armando Gomes Alves Ferreira, Coimbra. Retirado: novembro, 24, 2015, de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/25321>.
- Diniz, A., & Almeida, L. (2005). Escala de Integração Social no Ensino Superior (EISES): Metodologia de construção e validação. *Análise Psicológica*, 4 (XXIII), 461-476. Retitado a 15 de setembro, 2015, em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/197/1/AP%2023%284%29%20461-476.pdf>.
- Direção Geral de Saúde. (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa. Retirada a 28 de novembro, 2014, em [http://static.publico.pt/docs/pesoemedida/DGS\\_Programa\\_Nacional\\_Intervencao\\_Integrada\\_Determinantes\\_Saude\\_Relacionados\\_Estilos\\_Vida\\_2003.pdf](http://static.publico.pt/docs/pesoemedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf).
- Direção Geral do Ensino Superior [DGES]. (2014). <http://www.acessoensinosuperior.pt/indarea.asp>. Acedido a 22 de novembro, 2015 de DGES em <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt>

- Dunkel-Schetter, C., & Lobel, M. (1990). Stress among students. *New directions for students services*, 49, 17-34.
- Dworkin, J. (2006). Risk taking as developmentally appropriate experimentation for college students. *Journal of Adolescent Research*, 20 (2), 219-241. Retirado a 28 de novembro, 2015, em <http://jar.sagepub.com/content/20/2/219.full.pdf+html>.
- Evans, N. J., Forney, D. S., Guido, F. M., Patton, L. D., & Renn, K. A. (2009). *Student Development in College: Theory, Research, and Practice* (2ª ed.). São Francisco: Jossey-Bass.
- Fernandes, E., Maia, Â., Meireles, C., Rios, S., Silva, D., & Feixas, G. (2005). Dilemas implicativos e ajustamento psicológico: Um estudo com alunos recém-chegados à Universidade do Minho. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 285-304. Retirado a 6 de outubro, 2015, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/2956/1/Dilema%20implicativos%20e%20ajustamento%20psicol%C3%B3gico.pdf>.
- Fernandes, V. M. P. (2011). Adaptação Académica e Auto-Eficácia em Estudantes Universitários do 1ºCiclo de Estudos. Tese apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de mestre, orientada por Isabel Silva. Retirado: novembro, 24, 2015, de [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2253/3/DM\\_15256.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2253/3/DM_15256.pdf).
- Ferreira, C., Almondes, K., Braga, L., Mata, A., Lemos, C., & Maia, E. (2009). Universidade, contexto ansiogénico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (3), 973-981. Retirado a 15 de novembro, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/33.pdf>.
- Ferreira, J. A., & Santos, E. J. (1998). Factores e contextos vocacionais: novas orientações para um novo milénio. *Psychologica*, pp. 85-91. Retirado a 18 de outubro, 2015, em <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/12987/1/Factores%20e%20contextos%20vocacionais.pdf>.
- Fletcher, P., Bryden, P., Schneider, M., Dawson, K., & Vandermeer, A. (2007). Health issues and service utilization of university students: Experiences, practices & perceptions of students, staff and faculty. *College Student Journal*, 41, 482-493. Retirado a 16 de outubro, 2015, em <http://www.freepatentsonline.com/article/College-Student-Journal/163679019.html>.

- França, C., & Colares, V. (2008). Estudo Comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. *Revista Saúde Pública*, 42 (3), 420-427. Retirado a 26 de novembro, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6301.pdf>.
- França, C., Biaginni, M., Mudesto, A., & Alves, E. (2012). Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar. *Estudos de Psicologia*, 17 (2), 337-345. Retirado a 25 de novembro, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/19.pdf>.
- Fromme, K., Corbin, W., & Kruse, M. (2008). Behavioural risks during transition from high school to college. *Developmental Psychology*, 44 (5), 14-97-1504. Retirado a 20 de setembro, 2015, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2556986/pdf/nihms-59547.pdf>.
- Gaudry, E., & Spielberger, C. (1971). *Anxiety and educational achievement* (Vol. 3). New York: Wiley.
- Geadá, M., Justo, J., Santos, S., Steptoe, A., & Wardle, J. (1994). Hábitos de Saúde, comportamentos de risco e níveis de saúde física e psicológica em estudantes universitários. In T. McIntyre, *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 157-175). Braga: APPORT.
- Godoy, R. (2002). Benefícios do Exercício Físico sobre a Área Emocional. *Movimento*, 8 (2), 7-16. Retirado a 27 de novembro, 2015, em [seer.ufrgs.br/Movimento/article/download/2639/1265](http://seer.ufrgs.br/Movimento/article/download/2639/1265).
- Grácio, J. (2009). *Determinantes do consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes do ensino superior de Coimbra*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Guyatt, G., Ferrans, C., Halyard, M., Revicki, D., Symonds, T., & Varricchio, C. (2007). Exploration of the value of health-related quality-of-life information from clinical research and into clinical practice. *Mayo Clin Proc*, 82, 1229-1239. Retirado a 18 de novembro, 2015, em <http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196%2811%2961396-7/fulltext?refuid=S0733-8635%2811%2900199-9&refissn=0733-8635>.
- Hafen, M., Reisbig, A., White, M., & Rush, B. (2006). Predictors of depression and anxiety in first-year veterinary students: a preliminary report. *Journal of Veterinary Medical Education*, 33 (3), 432-440.

- Hespanhol, A. (2005). Burnout e Stress Ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 153-162. Retirado a 20 de outubro, 2015, em <http://www.redalyc.org/pdf/287/28770212.pdf>.
- Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. In M. Faber, & A. Reinhardt, *Promoting health through risk reduction* (pp. 207-238). New York: Collier Macmillan Publishers.
- ISSP. (1992). Physical activity and psychological benefits: a position statement. *The Sport Psychologist*, 6, 199-203.
- Jadoon, N., Yaqoob, R., Raza, A., Shehzad, M., & Zeshan, S. (2010). Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study. *Journal of Pakistan Medical Association*, 60 (8), 699-702.
- Jansen, K., Mondin, T., Ores, L., Souza, L., Konradt, C., Pinheiro, R., & Silva, R. (2011). Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas. *Caderno de saúde Pública*, 27 (3), 440-448. Retirado a 28 de novembro, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/05.pdf>.
- Joia, L. (2010). Perfil do estilo de vida individual entre estudantes universitários. *Revista Movimenta*, 3 (1), 16-23. Retirado a 29 de novembro, 2015, em <http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/viewFile/277/271>.
- Kasl, S., & Cobb, S. (1966). Health behaviours, illness behaviour, and sick role behaviour: 11. Sick role behaviour. *Archives of Environmental Health*, 12, 531-541.
- Kickbusch, I. (1986). Life-style and Health. *Social Science & Medicine*, 22 (2), 117-124.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare. Retirado a 18 de janeiro, 2015, em <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.
- Laurence, B., Williams, C., & Eiland, D. (2009). Depressive Symptoms, Stress and Social Support Among Dental Students at a Historically Black College and University. *Journal of American College Health*, 58 (1), 56-63.
- Leavell, H., & Clark, E. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiologic approach*. New York: McGraw-Hill.
- Lipp, M. (2000). *Manual do Inventário de sintomas de estresse para adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. (2005). *Estresse e o turbilhão da raiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Lipp, M., & Tanganelli, M. (2002). Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 5 (3), 537-548. Retirado a 18 de novembro, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n3/a08v15n3.pdf>.
- Londoño, C., García, W., Valencia, S., & Vinaccia, S. (2005). Expectativas frente al consumo alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*(21 (2)), 259-267. Retirado a 29 de novembro, 2015, em [http://www.um.es/analesps/v21/v21\\_2/07-21\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v21/v21_2/07-21_2.pdf).
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states:comparison of the depression anxiety stresse scales (DAS with the Beck depression and anxiety inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33 (3), 335-343.
- Loureiro, E. M. F. (2006). Estudo da relação entre o stresse e os estilos de vida nos estudantes de Medicina. Tese apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho para a obtenção do grau de mestre, orientada por Teresa Mendonça McIntrye. Retirado: novembro, 27, 2015, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6407/1/TESE%20DE%20MESTRADO%202006.pdf>.
- Luz, A., Castro, A., Couto, D., Santos, L., & Pereira, A. (2009). Stress e percepção do rendimento académico no aluno do ensino superior. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia* (pp. 4663-4669). Braga: Universidade do Minho. Retirado a 30 de novembro, 2015, em <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/documentos/congreso/Xcongreso/pdfs/t9/t9c346.pdf>.
- Machado, M., & Almeida, L. S. (2000). Sucesso no ensino superior. Uma questão de adaptação e desenvolvimento vocacional. In J. Tavares & R. A. Santiago (Org.). Ensino superior: (in)sucesso académico (pp. 134-145). Porto: Porto Editora
- Madureira, A., Corseuil, H., Pelegrini, A., & Petroski, E. (2009). Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 2139-2146. Retirado a 28 de novembro, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/05.pdf>.
- Maggs, J., & Hurrelmann, K. (1998). Do substance use and delinquency have differential associations with adolescents' peer relations? *International Journal of Behavioural Development*, 22, 367-388.

- Marchi, K., Bárbaro, A., Miasso, A., & Tirapelli, C. (2013). Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15 (3), 731-739.
- Marente, J. (2006). Profesión docente y estrés laboral una aproximación a los conceptos de estrés laboral y burnout. *Revista Iberoamericana de Educacion*, 39 (3), 1-14. Retirado a 29 de novembro, 2015, em <http://www.rieoei.org/deloslectores/1341Ayuso.pdf>.
- Martinho, F. I. F. (2006). Afetividade, Percepção de Saúde, Stresse e Estilos de Vida nos Jovens. Tese apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de mestre, orientada por José Luís País Ribeiro, Lisboa. Retirado, novembro, 26, 2015, de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/663/1/DM%20MART-F1.pdf>.
- Martins, A., Pacheco, A., & Jesus, S. (2008). Estilos de vida de estudantes do ensino superior. *Mudanças: psicologia da saúde*, 16 (2), 100-105. Retirado a 16 de novembro, 2014, em [http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTUDOS/Attachments/154/Monografia.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/154/Monografia.pdf).
- McKenzie, K., & Schweitzer, R. (2001). Who Succeeds at University? Factors predicting academic performance in first year Australian university students. *Higher Education Research & Development*(20 (1)), 21-33. Retirado a 26 de novembro, 2015, em <http://eprints.qut.edu.au/56040/1/56040.pdf>.
- Moacyr, S. (2007). História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17 (1), 20-41. Retirado a 28 de dezembro, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>.
- Mondardo, A., & Pedon, E. (2005). Estresse e Desempenho Acadêmico em Estudantes Universitários. *Revista de Ciências Humanas*, 6 (6), 159-180. Retirado a 28 de junho, 2015, em <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadech/article/view/262/481>.
- Monteiro, S. (2008). Optimismo e Vinculação na transição para o ensino Superior: relação com sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico. Tese apresentada ao Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro para a obtenção do grau de doutor, orientada por José Pereira da Costa Tavares, Aveiro. Retirado, novembro, 26, 2015 de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1116/1/2010000583.pdf>
-



- Moraes, L., Kilimnik, Z., & Ladeira, M. (1993). A Problemática do Stress Ocupacional. *Análise & Conjuntura*, 8, 145-153.
- Nahas, M., & Márquese, E. (2001). Hábitos e motivos para a atividade física em universitários da UDESC. In *Anais do 3º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde* (p. 68). Florianópolis: UFSC.
- Nahas, M., Barros, M., & Francalacci, V. (2000). O pentáculo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 5(2), 48-59. Retirado a 28 de novembro, 2014, em <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1002/1156>.
- Neves, M., & Dalgalarrrondo, P. (2007). Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (4), 237-244. Retirado a 27 de outubro, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n4/a01v56n4.pdf>.
- Noack, H. (1987). Concepts of health and health promotion. In T. Abelin, Z. Brzezinski, & D. Carstairs, *Measurement in health promotion and protection* (pp. 5-28). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Noriega, R. (2005). Depresión en estudiantes de enfermería. *Avances En Psiquiatria Biológica*, 6, 126-141.
- Nunes, S., & Garcia, A. (2010). Estudantes do Ensino Superior: as relações pessoais e interpessoais nas vivências académicas. *Gestin*, 8 (VIII), 195-203. Retirado a 7 de julho, 2015, em <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/514/1/Ana%20Rita%20%26%20Sara%20Nunes.pdf>
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.
- Oliveira, B., Monteiro, C., Alho, L., Tavares, J. & Diniz, A. M. (2010). Escala de integração social no ensino superior (EISES): Estudos de validade com estudantes da Universidade de Aveiro. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M. C. Taveira (Eds.). (pp. 103-115). Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia.
- Organização Mundial de Saúde. (1988). *Priority Research for health for all*. Copenhagen: World Health Organization.
- Parreira, J. (2008). *Ansiedade tem cura*. Rio de Janeiro: Imprimatur.
- Paula, J., Borges, A., Bezerra, L., Parente, H., Paula, R., Wajnsztein, R., . . . Abreu, L. (2014). Prevalência e Fatores Associados à Depressão em Estudantes de Medicina. *Journal*

- of Human Growth and Development*, 24 (3), 274-281. Retirado a 28 de novembro, 2015, em [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v24n3/pt\\_06.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v24n3/pt_06.pdf).
- Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R., & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (6ª ed.). Lisboa: Editora RH, lda.
- Polydoro, S. A. J., & Primi, R. (2003). Integração ao ensino superior: Explorando sua relação com características de personalidade e envolvimento acadêmico. In E. Mercuri & S. A. J. Polydoro (Orgs.), *Estudante universitário: Características e experiências de formação* (pp. 41-66). Taubaté: Cabral.
- Polydoro, S., Primi, R., Serpa, M., Zaroni, M., & Pombal, K. (2001). Desenvolvimento de uma escala de integração ao ensino superior. *Psico-USF*, 6 (1), 11-17. Retirado a 28 de junho, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v6n1/v6n1a03.pdf>.
- Quintero, M., Garcia, C., Jiménez, V., & Ortiz, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3 (1), 17-26. Retirado a 26 de setembro, 2015, em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64730103>
- Ramos, V. (1988). Prever a medicina das próximas décadas: Que implicações para o planeamento da educação médica? *Acta Médica Portuguesa*, 2, 171-179. Retirado a 27 de novembro, 2015, em [www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/.../2825](http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/.../2825)
- Ravert, R. (2009). "You're onlt young once": Things college students report doing now before it is too late. *Journal of Adolescent Research*, 24 (3), 376-396.
- Ribeiro, J. (1993). Características Psicológicas Associadas à Saúde . Tese apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação para obtenção do grau de doutor, orientada por Maria Isolina Borges, Porto. Retirado: Novembro, 28, 2015, em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/16220>.
- Ribeiro, J. P. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relaionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção de doenças. *Análise Psicológica*, 2 (XXII), 387-397. Retirado a 28 de novembro, 2015, em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/221>.
- Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stresse (EAD). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239. Retirado a 25 de novembro, 2015, em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1058>.

- Richmond, J. (1979). *Healthy people: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington: U. S. Department of Health, Education, and Welfare. Retirado a 29 de novembro, 2015, em <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBGK.pdf>.
- Roeder, M. (1999). Benefícios da actividade física em pessoas com transtorno mental. *Revista Brasileira de Actividade Física e Saúde*, 4 (2), 62-76. Retirado a 18 de outubro, 2015, em <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1054/1217>
- Sanches, S., Osório F. L., Udina, M., Santos, R., & Crippa, J. (2012). Associação entre ansiedade e hipermobilidade articular: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34 (11), 53-68. Retirado a 15 de outubro, 2015, em [http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34s1/pt\\_v34s1a05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34s1/pt_v34s1a05.pdf).
- Santana, S., & Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Revista Toxicodependências*, 14 (1), 17-24. Retirado a 17 de novembro, 2015, em [https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs\\_pesquisa.formview?p\\_id=85230](https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs_pesquisa.formview?p_id=85230).
- Santos, M. L. R. (2011). Saúde Mental e Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários. Tese apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, orientada por Anabela Maria Sousa Pereira, Aveiro. Retirado: novembro, 24, 2015, de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/6738/1/Tese%20Luisa%20Santos.pdf>.
- Sarmento, A., Ferreira, T., Medeiros, E. & Cintra, I. (2010). Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em adolescentes obesos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10 (3), 833-847. Retirado a 18 de novembro, 2015, em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v10n3/v10n3a12.pdf>.
- Schmidt, M. (2012). Predictors of Self-Rated Health and Lifestyle Behaviours in Swedish University Students. *Global Journal of Health Science*, 4 (4), 1-14. Retirado a 17 de novembro, 2015, em <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/16000/11391>.
- Scott, N. (1992). Chief student affairs officers: Stressors and strategies. *Journal of College Student Development*, 33, 108-116.
- Seco, G., Casimiro, M., Pereira, M., Dias, M., & Custódio, S. (2005). Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões. *Psicologia e Educação*, IV (1), 7-21. Retirado a 25 de novembro, 2015, em

- <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/55/1/ESTUDO%20IPL%20REVISTA%20UBI.pdf>.
- Seeman, M. (1997). Psychopatology in women and men: Focus on female hormones. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1641-1647. Retirado a 29 de novembro, 2015, em <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.154.12.1641>.
- Shamsuddin, K., Fadzil, F., Ismail, W., Shan, S., Omar, K., Muhammad, N., . . . Mahadevan, R. (2013). Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian Journal of Psychiatry*, 6 (4), 318-323.
- Sigerist, H. (1946). *The University at the crossroads*. New York: Henry Schumann Publishers.
- Silva, D., Quadros, T., Gordia, A., & Petroski, E. (2011). Associação do sobrepeso com variáveis sócio-demográficas e estilo de vida em universitários. *Ciências & Saúde Coletiva*, 16 (11), 4473-4479. Retirado a 30 de novembro, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a20v16n11.pdf>.
- Silva, J., & Costa, M. (2005). Desenvolvimento psicossocial e ansiedades nos jovens. *Análise Psicológica*, 2 (23), 111-127. Retirado a 23 de novembro, 2015, em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a04.pdf>.
- Silva, L., Malbergier, A., Stempliuk, V., & Andrade, A. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40 (2), 280-288. Retirado a 15 de outubro, 2015, em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0034-89102006000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89102006000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
- Silva, M., Pereira, I., Almeida, M., Silva, R., & Oliveira, A. (2012). Estilo de Vida de académicos de educação física de uma Universidade Pública do Estado de Sergipe, Brasil. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 34 (1), 53-67. Retirado a 29 de novembro, 2015, em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0101-32892012000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0101-32892012000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
- Soares, A. P., Guisande, M. A., & Almeida, L. S. (2007). Autonomía y ajuste académico : un estudio con estudiantes portugueses de primer año. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, pp. 753-765. Retirado a 1 de dezembro, 2015, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12067/1/Soares%2c%20Guisand%20%26%20Almeida%2c%202007.pdf>.

- Soto, L., Torres, I., Arévalo, M., Cardona, J., Sarria, A., & Adriana, P. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 71-88. Retirado a 5 de dezembro, 2015, em [revistas.javerianacali.edu.co/index.php/.../106/316](http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/.../106/316).
- Spielberger, C. (1985). Anxiety, cognition and affect: A state trait perspective. In A. Tuma, & J. Maser, *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale: NJ: Earlbaum.
- Stephoe, A. (2000). Health behaviour and stress. In G. Fink, *Encyclopedia of Stress* (Vol. II, pp. 322-326). New York: Academic Press.
- Szpak, J., & Kameg, K. (2013). Simulation Decreases Nursing Student Anxiety Prior to Communication With Mentally Ill Patients. *Clinical Simulation in Nursing*, 9, 13-19.
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina - Modelos teóricos e avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 89-98. Retirado a 17 de novembro, 2015, em [actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/.../1260](http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/.../1260).
- Terris, M. (1992). Tendencias actuales en la salud publica de las Americas. In Organización Panamericana de la Salud, *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate* (pp. 185-204). Washington, D.C.: OPS.
- Testa, M., & Simonson, D. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334, 835-840.
- Thurber, A., & Walton, E. (2007). Preventing and treating homesickness. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 192-194. Retirado a 29 de novembro, 2015, em <http://pediatrics.aappublications.org/content/119/1/192>.
- Townsend, M. (2009). Enfermagem em Saúde Mental Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na prática baseados na evidência. In M. Townsend, *Enfermagem em Saúde Mental Psiquiátrica* (6ª Edição ed., pp. 12-29). Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Twenge, J. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1007-1021. Retirado a 27 de novembro, 2015, em <http://www.apa.org/pubs/journals/releases/psp7961007.pdf>
- U. S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

- Varela-Mato, V., Cancela, J., Ayan, C., Martín, V., & Molina, A. (2012). Lifestyle and Health among Spanish University Students: Differences by Gender and Academic Discipline. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 2728-2741.
- Vaysse, B., Gignon, M., Zerkly, S., & Gangry, O. (2014). Alcohol, tobacco, cannabis, anxiety and depression among second-year medical students. *Sante Publique*, 26 (5), 613-629.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 261-278.
- Veigas, J., & Gonçalves, M. (2009). A Influência do Exercício Físico na Ansiedade, Depressão e Stress. *Psicologia: O Portal dos Psicólogos*, 1-19.
- Verger, P., Combes, J., Kovess-Masfety, V., Choquet, M., Guagliardo, V., Rouillon, F., & Peretti-Wattel, P. (2009). Psychological distress in first year university students: Socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44 (8), 643-650.
- Veríssimo, A., Costa, R., Gonçalves, E., & Araújo, F. (2011). Níveis de Stress no Ensino Superior. *Psicologia e Educação*, 1 (2), 41-48. Retirado a 27 de novembro, 2015, em [http://psicologiaeducacao.ubi.pt/2011\\_volbranco/Ana%20Verissimo.pdf](http://psicologiaeducacao.ubi.pt/2011_volbranco/Ana%20Verissimo.pdf).
- Vieira, V. (2002). Perfil socioeconómico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. *Revista de Nutrição*, 15 (3), 428-36. Retirado a 4 de novembro, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/rn/v15n3/a03v15n3.pdf>.
- Vitasaria, P., Wahabb, M., Othman, A., Herawand, T., & Sinnadurai, S. (2010). The Relationship Between Study Anxiety and Academic Performance among Engineering Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 8, 490-497. Retirado a 3 de dezembro, 2015, em [http://ac.els-cdn.com/S1877042810021725/1-s2.0-S1877042810021725-main.pdf?\\_tid=5788c962-b89a-11e5-aa23-00000aacb35e&acdnat=1452541053\\_8470e9193e370a913eaa2b9fa3d4e49c](http://ac.els-cdn.com/S1877042810021725/1-s2.0-S1877042810021725-main.pdf?_tid=5788c962-b89a-11e5-aa23-00000aacb35e&acdnat=1452541053_8470e9193e370a913eaa2b9fa3d4e49c).
- Wintre, M., & Sugar, L. (2000). Relationships with parents, personality and the university transition. *Journal of College Student Development*, 41 (2), 202-214.
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. Retirado a 3 de dezembro, 2015, em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
-

- World Health Organization. (2004a). *A glossary of terms for community health care and services for older persons* (Vol. 5). WHO Centre for Health Development. Retirado a 3 de novembro, 2015, em [http://www.who.int/kobe\\_centre/ageing/ahp\\_vol5\\_glossary.pdf](http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf).
- World Health Organization. (2004b). *A strategy to prevent chronic disease in Europe . A focus on public health action The CINDI vision*. Copenhagen.
- World Health Organization. (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (7), 795-800.

## **ANEXOS**



## **Anexo I – Questionário de Dados Sociodemográficos**

### **Dados Sociodemográficos**

1. Idade: \_\_\_\_

2. Género:

Masculino ☐      Feminino ☐

3. Qual é a instituição em se encontra a estudar? \_\_\_\_\_

3.1. Qual o seu curso? \_\_\_\_\_

3.2. Em que ano se encontra? \_\_\_\_\_

5. Teve de mudar de residência aquando a entrada da universidade?

Sim ☐      Não ☐

## Anexo II – Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

### O MEU ESTILO DE VIDA

#### Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde – QACS

*Pais Ribeiro, 2004*

Neste questionário pretendemos que descreva o seu comportamento do dia-a-dia em diversas áreas que estão associadas à saúde. Por favor responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

- A – Quase sempre (90% ou mais das vezes)
- B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)
- C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)
- D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)
- E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	Quase Sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasional- mente	Quase nunca
Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana	A	B	C	D	E
Ando a pé ou de bicicleta diariamente	A	B	C	D	E
Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex. corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	A	B	C	D	E
Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	A	B	C	D	E

Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia	A	B	C	D	E
	Quase Sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasional-mente	Quase nunca
Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	A	B	C	D	E
Mantenho as minhas vacinas em dia	A	B	C	D	E
Verifico anualmente a minha pressão arterial	A	B	C	D	E
Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes	A	B	C	D	E
Vou anualmente ao médico fazer um <i>check-up</i>	A	B	C	D	E
Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais	A	B	C	D	E
Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade	A	B	C	D	E
Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança	A	B	C	D	E
Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelos médicos	A	B	C	D	E
Evito fumar	A	B	C	D	E
Evito ingerir alimentos com gordura	A	B	C	D	E
Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, ché ou coca-cola	A	B	C	D	E
Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames	A	B	C	D	E
Evito tomar tranquilizantes	A	B	C	D	E
Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)	A	B	C	D	E
Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco	A	B	C	D	E

Evito os ambientes muito ruidosos	A	B	C	D	E
Evito os ambientes que tenham o ar poluído	A	B	C	D	E
Evito mudar de parceiro sexual	A	B	C	D	E
	Quase Sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasional- mente	Quase nunca
Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal	A	B	C	D	E
Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções	A	B	C	D	E

## Anexo III – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse

### DASS-21

*Lovibond & Lovibond, 1995*

*Adaptado por Apóstolo, 2006*

Por favor leia as seguintes afirmações e assinale com um círculo o número (0, 1, 2, 3) que indica quanto cada afirmação se aplica a si *durante os últimos dias*. Não há respostas corretas ou incorretas. Não demore demasiado tempo em cada resposta.

*A escala de classificação é a seguinte:*

**0 - Não se aplicou a mim.**

**1 – Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo.**

**2 – Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo.**

**3 – Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo.**

*Nos últimos dias:*

1.	Tive dificuldade em me acalmar/descomprimir	0	1	2	3
2.	Dei-me conta que tinha a boca seca	0	1	2	3
3.	Não consegui ter nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4.	Senti dificuldade em respirar (por exemplo, respiração excessivamente rápida ou falta de respiração na ausência de esforço físico)	0	1	2	3
5.	Foi-me difícil tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6.	Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações	0	1	2	3
7.	Senti tremores (por exemplo, das mãos ou das pernas)	0	1	2	3
8.	Senti-me muito nervoso	0	1	2	3
9.	Preocupei-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo	0	1	2	3
10.	Senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter	0	1	2	3

expectativas positivas)				
11.	Senti que estava agitado	0	1	2 3
12.	Senti dificuldades em relaxar	0	1	2 3
13.	Senti-me triste e deprimido	0	1	2 3
14.	Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer	0	1	2 3
15.	Estive perto de entrar em pânico	0	1	2 3
16.	Não me consegui entusiasmar com nada	0	1	2 3
17.	Senti que não valia muito como pessoa	0	1	2 3
18.	Senti que andava muito irritável	0	1	2 3
19.	Senti o bater do meu coração mesmo quando não fazia esforço físico (ex: sensação de aumento do bater do coração ou falhas no bater do coração)	0	1	2 3
20.	Tive medo sem uma boa razão para isso	0	1	2 3
21.	Senti que a vida não tinha nenhum sentido	0	1	2 3

## Anexo IV – Questionário de Vivências Académicas

### Questionário de Vivências Académicas (QVA-r):

*Leandro S. Almeida, Ana Paula C. Soares e Joaquim Armando Ferreira, 2002*

Este questionário pretende conhecer as suas opiniões e sentimentos em relação a diversas situações e vivências académicas. Algumas delas têm a ver com ocorrências dentro da sua escola/faculdade, outras com ocorrências fora dela. No entanto, todas elas procuram abarcar as suas experiências quotidianas, enquanto estudantes do ensino superior.

De acordo com a sua opinião ou sentimento, pontue a sua resposta numa escala de 1 a 5 pontos conforme indicado:

- 1 - Nada em consonância comigo, totalmente em desacordo, nunca se verifica
- 2 - Pouco em consonância comigo, bastante em desacordo, poucas vezes se verifica
- 3 - Algumas vezes de acordo e outras em desacordo, algumas vezes verifica-se outras não
- 4 - Bastante em consonância comigo, bastante em acordo, verifica-se bastantes vezes
- 5 - Sempre em consonância comigo, totalmente de acordo, verifica-se sempre

1. Faco amigos com facilidade na minha universidade.	1	2	3	4	5
2. Acredito que posso concretizar os meus valores (prestígio, estabilidade, solidariedade...) na carreira que escolhi.	1	2	3	4	5
3. Mesmo que pudesse não mudaria de universidade.	1	2	3	4	5
4. Apresento oscilações de humor.	1	2	3	4	5
5. Olhando para trás, consigo identificar as razões que me levaram a escolher este curso.	1	2	3	4	5
6. Dou comigo acompanhando pouco os outros colegas de turma.	1	2	3	4	5
7. Escolhi bem o curso que estou a frequentar.	1	2	3	4	5
8. Tenho boas competências para a área vocacional que escolhi.	1	2	3	4	5
9. Sinto-me triste ou abatido(a).	1	2	3	4	5
10. Faco uma gestão eficaz do meu tempo.	1	2	3	4	5

11. Sinto-me, ultimamente, desorientado(a) e confuso(a).	1	2	3	4	5
12. Gosto da universidade que frequento.	1	2	3	4	5
13. Há situações em que me sinto a perder o controlo.	1	2	3	4	5
14. Sinto-me envolvido no curso que frequento.	1	2	3	4	5
15. Conheço bem os serviços existentes na minha universidade.	1	2	3	4	5
16. Gostaria de concluir o meu curso na instituição que agora frequento.	1	2	3	4	5
17. Nos últimos tempos tornei-me mais pessimista.	1	2	3	4	5
18. O curso em que me encontro foi sobretudo determinado pelas notas de acesso.	1	2	3	4	5
19. Os meus colegas têm sido importantes no meu crescimento pessoal.	1	2	3	4	5
20. O meu percurso vocacional está a corresponder as minhas expectativas.	1	2	3	4	5
21. Sinto cansaço e sonolência durante o dia.	1	2	3	4	5
22. Julgo que o meu curso me permitira realizar profissionalmente.	1	2	3	4	5
23. Sinto confiança em mim próprio(a).	1	2	3	4	5
24. Sinto que possuo um bom grupo de amigos na universidade.	1	2	3	4	5
25. Sinto-me em forma e com um bom ritmo de trabalho.	1	2	3	4	5
26. Sinto-me mais isolado(a) dos outros de algum tempo para cá.	1	2	3	4	5
27. Tenho desenvolvido amizades satisfatórias com os meus colegas de curso.	1	2	3	4	5
28. Tenho momentos de angústia.	1	2	3	4	5
29. Utilizo a biblioteca da faculdade/universidade.	1	2	3	4	5
30. Torna-se-me difícil encontrar um colega que me ajude num projeto pessoal.	1	2	3	4	5
31. Não me consigo concentrar numa tarefa durante muito tempo.	1	2	3	4	5
32. Elaboro um plano das coisas a realizar diariamente.	1	2	3	4	5
33. Tenho relações de amizade próximas com colegas de ambos os sexos.	1	2	3	4	5
34. Consigo ter o trabalho escolar sempre em dia.	1	2	3	4	5



35. A minha incapacidade para gerir bem o tempo leva-me a ter mau desempenho escolar.	1	2	3	4	5
36. Quando conheço novos colegas, não sinto dificuldades em iniciar uma conversa.	1	2	3	4	5
37. Escolhi o curso que me parece mais de acordo com as minhas aptidões e capacidades.	1	2	3	4	5
38. Sou conhecido(a) como uma pessoa amigável e simpática.	1	2	3	4	5
39. Penso em muitas coisas que me poem triste.	1	2	3	4	5
40. Procuro conviver com os meus colegas fora dos horários das aulas.	1	2	3	4	5
41. Sei estabelecer prioridades no que diz respeito a gestão do meu tempo.	1	2	3	4	5
42. Tomo a iniciativa de convidar os meus amigos para sair.	1	2	3	4	5
43. As minhas relações de amizade são cada vez mais estáveis, duradouras e independentes.	1	2	3	4	5
44. Consigo tirar bons apontamentos nas aulas.	1	2	3	4	5
45. Sinto-me fisicamente debilitado(a).	1	2	3	4	5
46. A instituição de ensino que frequento não me desperta interesse.	1	2	3	4	5
47. Sinto que estou a conseguir ser eficaz na minha preparação para os exames.	1	2	3	4	5
48. A biblioteca da minha universidade está bem apetrechada.	1	2	3	4	5
49. Procuro sistematizar/organizar a informação dada nas aulas.	1	2	3	4	5
50. Simpatizo com a cidade onde se situa a minha universidade.	1	2	3	4	5
51. Sinto-me desiludido(a) com o meu curso.	1	2	3	4	5
52. Tenho dificuldades em tomar decisões.	1	2	3	4	5
53. Tenho boas competências de estudo.	1	2	3	4	5
54. Os meus gostos pessoais foram decisivos na escolha do meu curso.	1	2	3	4	5
55. Tenho-me sentido ansioso(a).	1	2	3	4	5
56. Estou no curso com que sempre sonhei.	1	2	3	4	5

57. Sou pontual na chegada às aulas.	1	2	3	4	5
58. A minha universidade tem boas infraestruturas.	1	2	3	4	5
59. Não consigo estabelecer relações íntimas com colegas.	1	2	3	4	5
60. Mesmo que pudesse não mudaria de curso.	1	2	3	4	5